BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — Imprimerie d'ADOLPHE EVERAT et C.,
rue du Cadran, 16.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TREIZIÈME.



PARIS,

CHEZ M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1837.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE.

C'est une tâche longue et laborieuse de se vouer à la pratique au milieu des difficultés sans nombre qui embarrassent ses approches et nous écartent de son but : aussi que de vies d'hommes se sont consumées à cette tâche avant que la médecine ait acquis le droit de se dire une science, avant surtout qu'elle ait eu pour elle la certitude de guérir; car il n'y a, tout bien considéré, que la guérison réelle qui puisse consacrer la vraie science médicale; les théories les plus brillantes ne sont jamais que des paroles vides tant qu'elles ne se résolvent pas en une bonne méthode de curation. Quels sont les moyens d'éviter et de surmonter les difficultés de la pratique, comment arrive-t-on à guérir? voilà ce qu'il était utile d'apprendre.

A l'apparition de notre ouvrage, le champ de la médecine était converti en une arène de disputes où deux ou trois systèmes, armés du sarcasme et de l'injure, livraient en commun une bataille régulière aux anciennes doctrines, et puis en venaient aux mains les uns contre les autres, aspirant chacun à dominer la médecine. Ces systèmes, que tout le monde sait par cœur, ce sont la médecine physiologique, l'anatomisme et l'éclectisme. Il est superflu d'entretenir nos lecteurs des disputes entre ces systèmes; nous constaterons seulement qu'ils ont mis tout en œuvre pour se porter le dernier coup, et qu'ils ont si bien rempli leur tâche, qu'au moment où nous parlons il n'est plus question d'aucun d'eux. Telle était la situation de la médecine à l'époque dont il

s'agit, qu'à l'exception de quelques hommes qui avaient conservé dans le silence le dépôt des bons principes, il n'y avait guère, particulièrement en France, que des vues et des théories incomplètes, et des applications cliniques erronées. S'il en fallait des preuves, on n'aurait qu'à ouvrir les ouvrages publiés pendant cette période; qu'y verrait-on? des faits entassés à l'appui d'une opinion préconçue et des observations interminables, dont la partie pratique est sacrifiée à la description minutieuse des lésions cadavériques; aussi pauvres d'ailleurs de préceptes applicables que riches de promesses fastueuses. La plus mince monographie n'aspire à rien moins qu'à régénérer la science, qui a fait toujours fausse route jusqu'à elle. Mais écartez ce luxe de paroles et allez droit au fond des choses, vous n'y trouverez pour conclusion dernière que des propositions banales de la force de celle-ci : la maladie est une inflammation de tel ou tel tissu; les saignées et les sangsues sont les seuls agents de curation, etc. Vainement quelques hommes courageux essayaient de lutter contre ces tendances; la contagion de l'exemple ayant gagné les masses, il ne restait d'autre recours que de redoubler d'ardeur pour réagir avec quelque avantage contre ce courant.

Dès les premiers pas dans la carrière, nous nous trouvions placés entre deux routes divergentes : ou bien nous pouvions raisonner à perte de vue sur la nature des maladies et sur l'action des agents curatifs; ou bien, nous pouvions nous interdire expressément tout raisonnement et ne prendre conseil que des symptômes, et nous déterminer en faveur de tel ou tel remède, d'après la seule intuition de ses effets. Ces deux chemins conduisent l'un et l'autre à un écueil également glissante : le premier nous fait prendre trop souvent notre idée pour un fait, l'hypothèse pour la réalité : c'est le rationalisme; le second offre un trajet plus sûr, mais souvent trop long, ce qui fait perdre l'instant favorable, et l'opportunité de l'action, en médecine comme en tout, décide fréquemment du succès des événements; celui-ci c'est l'empirisme ou la routine. Les deux méthodes jouissent, comme on le voit, de grands avantages; mais elles récèlent l'une et l'autre de grands inconvénients. Ne serait-il pas possible de les fondre ou de les combiner de telle sorte qu'elles s'entr'aidassent réciproquement? Voilà bien le problème à résoudre; le plus difficile, c'est la solution. Nous nous en sommes rapprochés le plus possible en employant la méthode suivante. Nous avons fait l'inventaire de tous les résultats acquis par l'expérience, sans en omettre aucun, pourvu qu'ils dérivassent d'une source non suspecte; nous les avons acceptés de quelque part qu'ils nous vinssent, soit qu'ils nous fussent donnés par les anciens ou par les modernes, soit qu'ils eussent été accueillis ou repoussés par telle ou telle école. Munis de ces faits

empruntés à toutes les opinions et à toutes les pratiques, nous les avons confrontés ensuite avec ce que notre observation propre, dégagée de toute prévention gratuite, nous fournissait de faits analogues, et nous les avons admis comme principes quand ils se sont trouvés en assez grand nombre pour servir de loi.

C'est par un procédé semblable que nous avons reconnu, dans le corps malade, une force naturelle, médicatrice ou curative, une marche particulière dans les maladies, des périodes fixes, des modes de terminaison spontanée ; c'est encore ainsi que nous avons été amenés à admettre une multitude d'espèces morbides, contrairement à l'opinion des systématiques qui font tourner toute la pathologie sur un seul pivot. Transportant nos principes dans la thérapeutique, il a été facile de voir que les méthodes de traitement différaient autant que la nature des maladies, qu'il y avait lieu, suivant les cas, à préférer les unes plutôt que les autres, et que par conséquent les agents curatifs ne pouvaient être les mêmes dans tous les cas. La marche que nous traçons est intermédiaire entre un empirisme aveugle, qui prend au hasard tout ce qu'il trouve, s'inquiétant peu s'il est raisonnable d'en passer par là ; et un rationalisme exagéré qui substitue aux faits des idées creuses, sans se mettre en peine si elles s'accordent ou non avec l'observation ; elle tire également parti de tous les faits, de toutes les idées, et constitue ce que nous avons appelé plusieurs fois l'empirisme raisonné.

C'est de la hauteur de ces principes que nous avons dominé le mouvement de la thérapeutique de ces dernières années. Aux partisans de la doctrine physiologique nous avons dit : L'inflammation, que vous admettez pour base de toutes les maladies, n'appartient en réalité qu'à une classe pathologique déterminée ; en dehors de ce cercle, il existe des maladies dont tous les éléments sont différents ou contraires, des maladies que les antiphlogistiques ne guérissent point ou qu'ils doivent aggraver. Nous avons montré aux anatomo-pathologistes que l'inspection des lésions matérielles, sur laquelle ils établissaientla pathologie et la thérapeutique, sapait les fondements de la véritable thérapeutique, puisqu'elle n'éclairait que des recherches cadavériques, tandis que les maladies et les traitements qu'on leur adresse n'ont d'autre théâtre que le corps vivant ; nous leur avons montré que l'utilité des nécropsies se bornait le plus souvent à constater exclusivement le siége ou les effets des affections pathologiques, au lieu que la thérapeutique ne peut suivre d'autre guide que la détermination de la nature de ces affections. Nous avons mieux fait que de critiquer ces faux points de vue, nous avons proposé des exemples de maladies que nous avons soumis à une analyse sévère ; nous avons étudié parallèlement les méthodes et les moyens curatifs, et, par

le concours réuni des preuves déduites de la pathologie et de la thérapeutique, nous sommes arrivés à convaincre que ces systèmes ne résistaient à aucune épreuve, et qu'ils aboutissaient par une pente invincible à la ruine de l'art.

Ce n'était pas assez de faire la guerre aux systèmes, il s'agissait encore d'infiltrer peu à peu les bonnes doctrines, en montrant par l'autorité des observations pratiques quelles étaient, dans toutes les circonstances où la clinique nous place, la route la plus sûre pour parvenir à guérir. Cet objet a été rempli de deux manières : la première, nous venons de la décrire, procède par voie d'élimination ou de critique, à l'exclusion de toute idée préconçue ou systématique; la seconde fait abstraction des théories admises, et propose immédiatement la ligne de conduite à tenir. Une grande partie de notre tâche a été consacrée à cette œuvre d'édification de la thérapeutique. C'est dans ce sens notamment que nous avons passé en revue un grand nombre de classes nosologiques : les inflammations, les fièvres typhoïdes, les maladies des femmes en couches et celles des enfants, étudiant assidûment dans chaque classe, non-seulement leur nature réelle, ou pratique, mais surtout le mode d'action des méthodes ou des moyens curatifs. Des formules aussi simples que précises, et choisies avec soin, ont accompagné l'énoncé clair et net des indications qu'elles devaient remplir. Enfin, toutes les fois que le sujet en a valu la peine, nous n'avons pas reculé devant le faible inconvénient de revenir à plusieurs reprises sur les mêmes matières, y versant à chaque fois de nouvelles lumières, afin qu'il ne restât au praticien aucun risque d'erreur. Il est inutile de fatiguer nos lecteurs par l'énumération des points scientifiques que nous avons traités d'après ces principes, qui continueront à être les nôtres pendant tout le cours de cet ouvrage; il suffit de les renvoyer aux douze volumes qui ont déjà paru, ils acquerront la certitude que nous n'avons rien négligé dans le travail que nous avons entrepris, pour nous soutenir au niveau de son importance et des progrès de l'art.

Quel a été le fruit de nos efforts? On peut en juger par l'état actuel de la thérapeutique, et par la tendance générale des esprits. Aujourd'hui, un dégoût pour les opinions systématiques s'est emparé de tous les médecins; très-peu restent attachés à leurs principes incomplets; les chefs de secte eux-mêmes, isolés et sans école, sont tourmentés de scrupules sur la légitimité de leurs doctrines; de toutes parts un mouvement de réaction se déclare et ne demande qu'à être soutenu. A l'école, dans les hôpitaux, dans les académies, et jusque dans les amphithéâtres, on revient aux forces vitales, à l'humorisme et à la nature médicatrice et conservatrice. On en trouve les preuves dans les discussions sur la fièvre typhoïde et sur la méthode numérique. Encore

quelques années, et la médecine moderne aura fait une alliance solide et durable avec les bons principes de la médecine antique, justifiant par ce nouvel exemple le mot de Baglivi, que la vraie médecine n'est pas le fruit d'un système, mais la fille du temps et de l'expérience. *Non humani ingenii partus, sed temporis filia.*

DE L'EMPLOI DE LA RACINE DE CAHINÇA DANS LE TRAITEMELT DE L'HYDROPISIE.

Aucun médicament nouveau n'a soutenu mieux peut-être la réputation qu'on lui avait faite que la racine de cahinça. Depuis l'importation de ce remède en Europe, il y a à peine quelques années, beaucoup de praticiens en ont fait usage, et tous ont eu à s'en louer. Combien peu de médicaments sont aussi heureusement partagés! C'est principalement dans les hydropisies, et surtout dans les hydropisies essentielles ou qui sont pas entretenues par une cause matérielle, que cette précieuse écorce déploie tous ses avantages. Dans les hydropisies symptomatiques elles-mêmes, son intervention n'est pas inutile; car elle évacue presque toujours les collections séreuses; et quoique ces collections se reproduisent tant qu'on ne parvient pas à en détruire les causes, l'usage de la cahinça n'en est pas moins utile contre les effets souvent dangereux et toujours pénibles de la pression mécanique ou de la distension des tissus occasionnée par ces collections. Les succès de la cahinça dans toutes les espèces d'hydropisies sont mis hors de doute, grâce à la constance de ses résultats. Il n'en est pas de même de ses applications contre certaines altérations des membranes muqueuses, notamment dans le catarrhe vésical. Quelques praticiens, entre autres l'honorable M. François, s'étaient flattés que cette racine agirait efficacement sur la modification de la muqueuse de la vessie urinaire, dans le cas de catarrhe de cette poche, les observations de plusieurs de nos confrères et les nôtres mêmes ne justifient pas encore ces espérances : dans aucun des cas de catarrhe vésical dans lesquels nous avons eu recours à cette substance nous n'avons eu lieu de constaté qu'elle ait favorisé la cure, si ce n'est en apparence; car le catarrhe vésical a reparu, ou plutôt il a persisté opiniâtrément avec ses symptômes caractéristiques, malgré l'augmentation et la fluidité du liquide urinaire que cette écorce produisait. Nous attendrons donc de nouvelles épreuves plus décisives pour reconnaître ses bons effets dans le catarrhe vésical. La cahinça a été recommandée enfin comme un purgatif inoffensif et même très-utile lorsqu'il était question de purger doucement, de peur d'irriter le tube di-

gestif. A la vérité la cahinça purge presque toujours lorsqu'on l'emploie à dose un peu forte, et il paraît même qu'une partie de son activite médicatriee, à quelque titre qu'on y recoure, est attachée à ses effets purgatifs. Cependant, en fait de purgatifs, la matière médicale en offre de tant d'espèces, et pour des indications si diverses, que la cahinça nous paraît un vrai luxe, à moins toutefois, ce qui arrive souvent, que l'indication de déblayer les voies digestives ne marche parallèlement avec l'indication principale de faciliter l'issue de quelques collections séreuses. En résumé, nous admettons que la racine de cahinça est douée d'une activité incontestable dans les hydropisies essentielles; qu'elle est très-avantageuse dans les hydropisies symptomatiques; mais nous pensous aussi, jusqu'à de nouvelles preuves, qu'elle est nulle dans les catarrhes de la vessie, et qu'il faut toujours lui préférer des substances plus efficaces. Maintenant il nous reste à dire à quelle condition on en doit faire usage; à quelle dose et de quelle manière on doit s'en servir dans les circonstances où elle réussit le mieux. Nous appuierons les renseignements que nous allons fournir sur ces questions diverses de quelques observations récentes recueillies à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Fouquier.

Le 13 mai dernier, un scieur de long, âgé de vingt-six ans, entre dans cet hôpital, salle Saint-Charles, n. 3. Il était atteint d'une hydropisie générale depuis treize ou quatorze mois. Cette affection était survenue sans cause apparente, sans douleur préalable; il n'y avait pas surtout de lésion du cœur, comme il était aisé de s'en assurer par l'absence de palpitations dans cette région et par les bruits normaux entendus par l'auscultation. Avant de se présenter à la Charité, ce malade avait été traité de plusieurs manières; d'abord chez lui, et puis à l'hôpital de la Pitié. Le traitement qu'il avait suivi dans ce dernier hôpital se composait principalement de topiques émollients sur le ventre, des diurétiques ordinaires et de l'application des épispastiques aux jambes. Ces différents traitements n'avaient rien produit. Tel était son état lorsque M. Fouquier le soumit à l'usage de la cahinça, administrée selon la formule suivante :

Poudre de cahinça.	un gros.
Gomme en poudre.	un scrupule.
Sirop de miel.	Q. S.

Pour un électuaire.

Le malade consommait une ou deux fois par jour cette dose d'électuaire. Au bout de quelques jours de son usage, les urines devinrent plus abondantes, plus limpides; il y eut même plusieurs garde-robes par jour. Sous son influence l'hydropisie diminua à la vue, et au bout

d'un mois environ de cette pratique, le malade sortit entièrement guéri.

Cette hydropisie était évidemment essentielle : aucune lésion appréciable ne l'avait produite ni entretenue ; elle ne paraissait offrir d'autre cause qu'une exhalation surabondante de sérosité dans les mailles des tissus. La cahinça en a fait justice avec une promptitude qu'on aurait attendue vainement des diurétiques les plus en vogue ; il est probable aussi qu'elle l'a dissipée sans retour.

Dans la même salle, n. 11, était couché en même temps un autre hydropique, chez lequel on avait employé aussi inutilement tous les hydragogues avant qu'il entrât à la Charité. La maladie de celui-ci avait la plus grande analogie avec l'affection du précédent malade. Soumis comme ce dernier à l'usage du même électuaire, il a été guéri radicalement avec la même facilité. Il nous serait facile d'accumuler les exemples de succès semblables obtenus par cette méthode dans le service du professeur de la Charité ; les précédents suffisent pour le moment au but de cet article ; ils montrent l'un et l'autre que la racine de cahinça, sous forme d'électuaire, a des succès au moins égaux à ceux obtenus par cette substance administrée sous une autre forme.

Les indications de l'emploi de cette racine sont très-variées ; ses contre-indications, au contraire, sont renfermées dans des limites très-resserrées. En général on doit y recourir, soit que l'hydropisie soit générale ou partielle, soit qu'elle soit aiguë ou chronique. Cependant son efficacité n'est jamais plus grande que lorsque l'affection prend la forme d'anasarque, et qu'elle est passée à l'état chronique ; les hydropisies enkistées ne sont pas une contre-indication formelle ; plusieurs fois la cahinça a débarrassé des poches hermétiquement fermées de collections anciennes, sans qu'on puisse se rendre compte des voies par lesquelles elles se sont frayé une issue. Cependant, toutes choses égales, ces sortes d'hydropisies se prêtent plus difficilement à l'action curative de cette écorce ; et sous ce rapport la cahinça se trouve dans la même condition défavorable que tous les hydragogues connus. Lorsque l'hydropisie est chronique, il n'y a jamais de raison plausible pour se dispenser d'employer cette racine, et l'on peut dire d'elle ce que Stoll disait de son temps de la racine d'*arnica montana* dans les cas de diarrhée rebelle : qu'il ne croyait jamais avoir tout fait pour la cure dans ces maladies, tant qu'il ne les avait pas soumises à l'action de cet agent. Dans les hydropisies aiguës, telles que celles qui succèdent quelquefois si brusquement aux fièvres éruptives, et notamment à la scarlatine, et dans lesquelles le mouvement fébrile n'est pas éteint, il y a quelques précautions à prendre avant de recourir à la cahinça : ces précautions, faciles à comprendre, ont pour objet de réprimer l'ardeur fébrile, à l'aide des délayants et même des

antiphlogistiques. C'est après avoir calmé l'impétuosité du mouvement circulatoire, que la racine de cahinça peut être employée avec succès. Les contre-indications à son usage naissent encore de la présence d'une irritation inflammatoire de l'estomac et des intestins; la cahinça irrite toujours à quelque degré les voies gastriques; il importe par conséquent de calmer au préalable les phlogoses avant d'administrer la cahinça.

Il existe une foule de moyens de faire parvenir cette substance dans l'économie : on peut l'ordonner en décoction, à la dose de un à deux gros par pinte de véhicule; ou bien en poudre, depuis quarante ou cinquante grains jusqu'à deux gros; elle s'administre également sous forme d'extrait aqueux de douze à vingt-quatre grains; enfin on peut donner l'acide cahinçique à dix ou douze grains. Toutes ces formes ont un avantage relatif aux besoins particuliers du malade. On vient de voir que M. le professeur Fouquier fait prendre ce remède incorporé avec des substances étrangères, telles que le miel, la conserve de roses, ou toute autre matière, qui sert, suivant les cas, de correctif ou d'auxiliaire à l'action du principe médicamenteux. Ce qu'on ne doit pas perdre de de vue, c'est que l'agent actif de cette écorce est dû à un principe amer qui ne se dissout presque pas dans l'eau froide ni dans l'éther; mais qu'il se dissout très-bien dans l'alcool, surtout à chaud. Les doses médicinales de la racine de cahinça sont, en décoction, un à deux gros par pinte de liquide, et depuis demi-gros jusqu'à deux gros en poudre ou en électuaire. On fait prendre cette quantité dans les vingt-quatre heures pendant sept à huit jours, après quoi on augmente de demi-gros en demi-gros par jour jusqu'à deux gros. Au surplus il ne paraît pas que cette substance offre rien de délétère, car, chez un malade cité par M. François, qui avait pris par erreur cinquante-deux grains de son extrait, ce qui représente à peu près quatre ou cinq gros de la poudre, il ne survint qu'une superpurgation qui dura deux jours. On conçoit néanmoins qu'une superpurgation n'est pas toujours une chose indifférente, ce qui doit engager le praticien à surveiller les doses de ce remède, et à bien graduer ses proportions.

DU TRAITEMENT DU PSORIASIS AVEC LA POMMADE DE PROTO-IODURE DE MERCURE.

Avant les travaux des dermatologistes modernes, l'étude des affections cutanées était bien peu avancée, et nos connaissances sur ce point de pathologie extraordinairement bornées; et même quoique des médecins habiles aient su donner une impulsion nouvelle à cette partie de la

science, quoique Willan, MM. Biett, Alibert et plusieurs autres, aient su apprendre à connaître ces maladies, à les distinguer les unes des autres, ils n'ont cependant pas toujours été à même de nous indiquer des traitements très-efficaces. Aussi malgré les nombreuses recherches qu'ils ont faites et qu'ils continuent encore tous les jours avec un zèle admirable, la thérapeutique cutanée est souvent restée stationnaire et n'a pas cessé, dans certains cas, d'être placée sous l'influence des anciennes routines. C'est pourquoi dans une matière généralement aussi peu connue que les maladies de la peau, il n'est pas étonnant que chaque médecin ait pour ainsi dire proposé sa recette, sa plante, ou son remède de préférence. Pour le psoriasis, par exemple, maladie si fréquente et si rebelle à tous le traitements, consultez les ouvrages des hommes qui ont le plus étudié cette branche de l'art, et vous verrez qu'on n'y trouve rien de positif relativement à l'administration des moyens convenables. On est dans un grand embarras quand on veut faire un choix parmi ces remèdes, et déterminer ceux qui conviennent. Chaque auteur passe en revue tous les médicaments qui tour à tour ont été vantés, puis abandonnés, et l'on est d'abord, on doit le dire, ébloui par le pompeux étalage de ces moyens curatifs de toute espèce, car tous semblent s'être disputé l'avantage de les déployer avec plus de profusion, et s'être escrimés à l'envi à qui en fournirait l'assortiment le plus complet. Là où quelques-uns admirent la fécondité de l'art, d'autres reconnaissent à regret son insuffisance, malheureusement trop réelle; ils pensent, avec le célèbre Bordeu, qu'il est peu d'indices aussi certains de l'impuissance de l'art que cette prodigieuse variété ans les moyens; et que plus il paraît riche, plus il est effectivement pauvre en méthodes curatives. Est-il en effet beaucoup de maladies contre lesquelles on ait proposé autant de remèdes, et obtenu aussi pe ude succès que les affections cutanées? On n'en saurait disconvenir, cela tient en grande partie à la nature même de ces affections, trop souvent rebelles à tous les efforts de la science.

Ainsi, parmi les affections cutanées, le psoriasis est peut-être celle qui, en raison de sa fréquence et de la résistance qu'elle offre aux moyens curatifs, a été l'objet du plus grand nombre de tentatives, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Aucun remède, si ce n'est la pommade de goudron, préconisée récemment par M. le docteur Emery, n'a d'efficacité bien marquée contre la maladie qui nous occupe; ils sont tous aussi impuissants les uns que les autres. Je n'énumérerai pas tous les médicaments qui ont été employés dans cette affection, et qui sont presque tous abandonnés aujourd'hui; je me contenterai de rappeler succinctement les méthodes suivies à cet égard à l'hôpital Saint-

Louis. Celle de M. Alibert est toute simple; elle consiste à donner le soufre à l'intérieur et à cautériser les plaques squammeuses avec une dissolution de nitrate d'argent. Ce traitement est rarement efficace, et encore demande-t-il à être continué pendant un grand nombre de mois. Les autre méthodes sont plus compliquées, sans être plus promptes dans leurs résultats, et elles peuvent être plus dangereuses. Elles sont au nombre de trois, et diffèrent entre elles. Les purgatifs que condamne Willan, la teinture de cantharides et les préparations arsenicales en font la base. Ces méthodes, qui demandent des mains habiles pour être administrées convenablement, ont fréquemment réussi à M. Biett, qui les emploie à l'hôpital Saint-Louis; mais il convient qu'il est difficile de préciser d'une manière bien exacte le cas où telle méthode doit être préférée à telle autre; de façon qu'on est souvent obligé de les essayer toutes avant d'arriver à celle qui conviendrait le mieux; d'ailleurs l'administration de ces moyens thérapeutiques demande à être continué pendant long-temps, surtout si l'on tient compte des suspensions de traitement que nécessite l'apparition presque constante des symptômes inflammatoires vers les voies digestives ou urinaires. D'un autre côté, les préparations arsenicales, qu'on ne conseille que lorsque tous les autres moyens ont échoué, peuvent être dangereuses et occasionner des accidents graves. Enfin, M. Émery emploie avec succès une méthode qui l'emporte de beaucoup sur toutes les précédentes; elle n'a ni leurs dangers, ni leurs inconvénients; elle possède de plus l'immense avantage de procurer une guérison plus rapide. Voici quelle est cette méthode : à l'intérieur, *décoction de pensée sauvage ou limonade sulfurique*; à l'extérieur, onction de tous les points squammeux avec une pommade composée de

Goudron.	une once.
Axonge	trois onces.

On donne en même temps des bains sulfureux ou de vapeur. Les résultats qu'on obtient sont des plus satisfaisants, et, sans aucun doute, supérieurs à ceux obtenus par les autres traitements mis en usage jusqu'à présent. M. Biett, depuis quelque temps, essaie cette médication, qui pourtant n'est pas à l'abri de tout reproche. Ces reproches sont peu graves, et se réduisent aux suivants : 1° difficulté, pour ne pas dire impossibilité, de l'employer en ville; 2° perte de linge assez considérable, puisque celui qui a servi reste noir et malpropre; 3° odeur du goudron, qui est peu agréable pour certaines personnes, et malpropreté, car les malades qui y sont soumis doivent, s'ils veulent guérir plus promptement, ne pas changer de linge pendant plusieurs semaines,

pendant plusieurs mois même; on leur laisse les mêmes draps, la même chemise, pendant tout le cours de la maladie, qui dure souvent quatre et cinq mois, et quelquefois davantage. Cette précaution est de la dernière importance, si l'on veut obtenir une guérison et plus prompte et plus sûre; mais elle n'est pas absolue. De pareils inconvénients sont, comme on le voit, bien minimes, si l'on considère le résultat qu'obtient M. Émery. En effet, que l'on soit incommodé par l'odeur du goudron, que l'on soit pendant six semaines ou deux mois dans la malpropreté, plus ou moins, selon l'opiniâtreté de la maladie; que l'on ait à se plaindre de la dureté, de la raideur du linge qui est noir et poisseux; tout cela n'est rien si on guérit. Aussi dirons-nous que, pour abandonner cette méthode, il faudrait en trouver une qui, sans avoir les désagréments de celle de M. Émery, en eût tous les avantages.

La méthode que nous proposons présente, nous le croyons, toutes ces conditions; avec la pommade de proto-iodure, on obtient une guérison prompte, quelles que soient la nature et l'ancienneté du psoriasis; nous avons vu, dans certains cas, ce moyen faire disparaître en peu de temps l'affection cutanée, quand le goudron n'avait apporté aucune amélioration, quoiqu'il eût été employé pendant un temps beaucoup plus long. Voici l'exposé du traitement à l'aide duquel nous avons traité et guéri avec le proto-iodure neuf malades, dans le service de M. Maury, à l'hôpital Saint-Louis :

A l'intérieur, *infusion de chicorée ou limonade sulfurique; sirop de chicorée, deux onces;* à l'extérieur, frictions soir et matin sur les parties couvertes de squammes, avec la pommade suivante :

Proto-iodure de mercure.	un gros.
Axonge.	une once.

Enfin les malades prennent alternativement des bains simples, alcalins ou de vapeur. Il importe du reste d'avertir que si les bains, de quelque nature qu'ils soient, sont utiles dans le traitement de cette affection, ils peuvent être négligés dans certains cas. C'est ainsi que chez une jeune fille d'un tempérament caractérisé par la prédominence bilieuse, nous avons été contraints d'en discontinuer l'usage, parce qu'elle fut atteinte d'une pneumonie le troisième jour de son admission. Malgré cette inflammation de l'organe respiratoire qui contre-indiquait l'emploi des bains, on continua les frictions avec la pommade ci-dessus indiquée, et le psoriasis dont elle était atteinte disparut en moins de vingt jours. La tisane et le sirop de chicorée furent remplacés par une tisane pectorale et un looch kermetisé. Cette observation prouve que, dans certains cas au moins, les frictions seules suffisent pour guérir le pso-

riasis, et qu'on peut à la rigueur se dispenser des bains. Je ne dis pas pour eela qu'on doive en priver les malades, car sans être d'une nécessité absolue, ils sont eependant utiles pour aider l'aetion thérapeutique, et calmer la cuisson et le prurit qu'éprouvent quelques malades. On pourrait d'ailleurs les remplaeer en partie par des cataplasmes ou des fomentations émollientes, ee que nous faisons quand les bains viennent à manquer. Quand les malades se plaignent de cuisson brûlante, ce qui arrive quelquefois, c'est alors que les topiques émollients sont très-favorables. Jusqu'ici le psoriasis, traité par eette méthode, a eonstamment guéri; jamais nous n'avons eu à noter le plus petit accident; ni stomatite, ni salivation, ni érythème, enfin aueun des ineonvénients qu'on voit survenir pendant l'usage des préparations mereurielles, inconvénients qui laissent encore quelques praticiens dans le doute sur leurs bons ou mauvais effets, dans le traitement de eertaines maladies. En effet l'on sait que quelque médeeins regardent ce métal eomme une sorte de panaeée qu'on peut opposer à toute altération chronique de la peau, et que d'autres au eontraire ne parlent que des aceidents, suite de leur administration. Sans doute ces accidents ont pu avoir lieu dans certaines circonstances; mais il est des cas où ce médicament ne produit que des effets salutaires; le traitement dont nous faisons usage est une preuve de plus à l'appui de eette vérité. Depuis long-temps déjà, M. Manry avait employé les préparations mereurielles, le proto-iodure de mercure, mais à une dose beaucoup moins eonsidérable (un scrupule par once d'axonge), le deuto-ehlorure (douze grains par once). Cette dernière préparation fut abandonnée à canse des symptômes inflammatoires qu'elle déterminait sur les muqueuses intestinales, surtout lorsque cette substance était mise sur une surface dénudée. Comme le proto-iodure n'avait produit aucun accident à la dose d'un scrupule, M. Manry l'a porté jusqu'à la dose considérable d'un gros, et a obtenu les avantages que nous venons de signaler. Neuf malades du sexe féminin ont été traités par cette médication. Voici les résultats que nous avons obtenus :

Une jeune fille, âgée de seize ans, blanchissense, d'une bonne eonstitution, d'un tempérament sanguin, nommée Hedde, demeurant rue Pigal, n. 3, était affectée d'un psoriasis des lèvres depuis l'âge de cinq ou six ans; elle avait essayé sans suceès plusieurs traitements. Elle entra le 5 mars 1837 dans le service de M. Manry, et fut soumise au traitement par le goudron. Elle en fit usage pendant plus de deux mois sans éprouver de mieux. On ent recours à la pommade de proto-iodure de mercure, et, après trois semaines, elle était parfaitement guérie. Elle était couchée au nº 31 de la salle Sainte-Marthe.

Une autre jeune fille, nommée Duban, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin très-prononcé, domestique, fut couchée au n. 60 de la même salle, pour un *psoriasis diffusa*. Pour essai comparatif on l'a soumise au goudron, qu'elle a continué inutilement pendant plus d'un mois. Pendant ce temps, une autre jeune fille également d'un tempérament sanguin, appelée Léonide Pionnier, âgée de vingt-trois ans, domestique, demeurant rue de la Pépinière, n. 53, fut reçue au n. 54 de la salle Sainte-Marthe; offrant plusieurs variétés du psoriasis. Celle-ci, dans le but d'examiner comparativement les deux méthodes, fut mise aux frictions avec la pommade de proto-iodure de mercure. La malade, traitée par la préparation mercurielle, était guérie que sa voisine ne présentait encore aucune amélioration notable; aussi, nous supplia-t-elle de cesser son traitement par le goudron, pour suivre l'autre traitement. Nous cédâmes à sa prière; et au bout de quinze jours, son affection cutanée avait presque entièrement disparu. Il en fut de même pour Thérèse Gauthois, autre jeune fille, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, demeurant rue Saint-Jacques, n. 215, couchée au n. 56, de la salle Sainte-Marthe, qui avait un psoriasis datant de plusieurs années. Je terminerai cette note par deux observations remarquables, qui offriront la preuve incontestable de la prompte efficacité du traitement que nous employons. Une jeune femme de chambre, âgée de trente ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, demeurant rue des Francs-Bourgeois, n. 4, au Marais, a été couchée au n. 48 de la salle Sainte-Marthe, pour un psoriasis du cuir chevelu des membres et du tronc, offrant plusieurs variétés. Elle avait consulté pour cette affection, qui comptait huit années d'existence, les médecins les plus habiles et les charlatans de tous les pays où séjournaient ses maîtres, qu'elle suivit en voyage pendant plusieurs années. On avait eu recours aux remèdes qui sont constamment employés dans les maladies cutanées; elle avait pris une énorme quantité de médicaments de toute espèce: rien n'avait réussi. Ayant vidé sa bourse dans celle des charlatans, et ne sachant plus que faire, elle vint à Saint-Louis, le 27 juin; douze jours après son entrée, il restait à peine des traces de cette horible affection. La pommade avec le protoiodure de mercure a triomphé avec une rapidité sans exemple de cette maladie rebelle.

Le dernier exemple que je citerai est celui d'une jeune domestique de seize ans, nommée Marguerite Hue, demeurant à Saint-Germain-en-Laye, qui est venue à Saint-Louis pour un *psoriasis inveterata* qu'elle a depuis cinq ans. Cette affection disparaît en partie l'hiver, pour revenir au beau temps. Cette jeune fille a fait divers traitements, qui tous

ont échoué; elle n'est pas encore réglée, sa santé n'est pas très-bonne, quoiqu'elle ait l'apparence d'une constitution vigoureuse. Soumise dès son entrée au traitement par le mercure, elle en a ressenti promptement les bons effets; deux semaines se sont écoulées depuis son admission, et elle est sur le point de sortir de l'hôpital.

Je pourrais encore citer d'autres cas de guérison, entre autres celle d'un psoriasis palmaria, qui avait résisté à bien des traitements; je me bornerai à ces cas, que je n'ai signalés aux médecins praticiens que dans le but de fixer leur attention sur un mode de traitement dont ils pourront constater l'efficacité.

A. Boinet.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS ET SUR LEUR RÉDUCTION.

Il n'y a pas de question chirurgicale plus importante, plus difficile, que celle des luxations. Les débats les plus contradictoires ont eu lieu, non seulement sur le mode de réduction à adopter, mais encore sur l'existence de certaines luxations admises par les auteurs, et l'admission de certaines autres qui n'avaient point été reconnues jusqu'alors, et des lois qui présidaient à leur formation.

Il faut en effet une longue et riche expérience pour éclairer quelques points litigieux de l'histoire des luxations. Placé dans un des plus beaux services chirurgicaux de la capitale, auprès d'un habile professeur qui a tant fait pour la science, j'ai recueilli dans ses leçons les idées et les principes qui le dirigent dans le traitement des luxations. Me bornant aujourd'hui aux luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus, je vais exposer les vues sages et essentiellement pratiques de M. Lisfranc sur ce sujet.

Il ne peut être question pour nous, dans cet article, de traiter dans toute sa latitude la question très-importante de la luxation de l'humérus sur le scapulum : tous les détails relatifs aux symptômes et aux méthodes de réduction se trouvent dans les livres de chirurgie. Mais il est des points obscurs, d'autres sur lesquels les auteurs n'ont pas assez insisté ou qu'ils ont tout à fait passés sous silence. Ce sont ces points que M. Lisfranc a élucidés dans sa clinique de la Pitié.

On a répété longtemps qu'on ne pouvait comprendre comment la tête de l'humérus pouvait s'arrêter au pourtour de la cavité glénoïde et constituer une luxation scapulo-humérale incomplète; cependant, dès 1823, M. Lisfranc a publié un fait qui ne devait plus laisser de doute sur l'existence de cette lésion. C'était un homme dont la partie externe et postérieure du tronc avait heurté, dans une chute, l'un des angles d'une pièce de bois. Entré à l'hôpital de la Pitié, l'on constata les phénomènes suivants : les mouvements en avant, en arrière et en dedans étaient assez faciles; ceux d'abduction offraient plus de difficultés; le membre avait la même longueur que celui du côté opposé, l'épaule était faiblement aplatie en dehors, et à la partie antérieure du creux de l'aisselle on sentait une portion de sphère. Cet homme ayant succombé au bout de peu de temps, M. Lisfranc examina scrupuleusement son articulation, et trouva que la moitié externe de l'humérus était logé dans la cavité glénoïde, tandis que la moitié interne reposait sur le point de la poitrine le plus rapproché de la cavité glénoïde; la portion de cette cavité qui avait logé la tête, était un peu déprimée et rayée, son bord interne, quoique dépourvu de bourrelet fibreux, n'était presque pas déprimé, et pénétrait dans une rainure de deux lignes de profondeur qu'il avait creusée sur la face correspondante de la tête humérale; de plus, la partie de la tête de l'humérus qui correspondait aux côtes, y avait déterminé une légère dépression. Cette pièce intéressante fut présentée par lui à l'académie de médecine, et ensuite déposée dans le cabinet de l'école anatomique des hôpitaux. Ce fait démontre d'une manière péremptoire la possibilité des luxations incomplètes de l'articulation scapulo-humérale.

A la même époque, M. Lisfranc eut l'occasion de montrer au même corps savant un exemple non moins intéressant d'une luxation incomplète de l'articulation coxo-fémorale, trouvée sur un cadavre qui lui servait à faire manœuvrer les opérations; l'extrémité supérieure du fémur prenait un point d'appui sur la partie postérieure et supérieure du rebord de la cavité cotyloïde. La tête de cet os avait été supérieurement détruite dans le tiers de son volume par une carie sèche. Il est probable que cette tête ayant été en partie usée, le fémur, en se déplaçant pour produire la luxation en haut et en arrière, rencontra le rebord de la cavité cotyloïde, qui creusa un sillon sur l'extrémité de l'os ramolli, et s'opposa à un déplacement plus considérable.

Passons maintenant à un autre point; on a dit que lorsqu'il y avait fracture et luxation en même temps, il fallait d'abord guérir la fracture et traiter ensuite la luxation; cette indication paraît à M. Lisfranc avoir été posée d'une manière trop absolue; car d'un côté il y a des gens avan-

cés en âge, et même encore jeunes, qui se luxent les membres presque à volonté, et en obtiennent la réduction avec la plus grande facilité; d'un autre côté, le fragment supérieur n'est pas toujours très-court, et il peut se faire que la fracture existe dans un point très-déclive; d'ailleurs une raison qui lui semble propre à trancher la difficulté, c'est qu'il lui est arrivé aux armées de réduire la luxation d'un membre qui était en même temps le siége d'une fracture. Ainsi il ne faut point reculer devant la réduction immédiate d'une luxation existant en même temps qu'une fracture, à moins que le fragment supérieur soit très-court, et que l'inflammation des parties articulaires ne soit très-intense, etc. Il ne faut point, suivant ce professeur, adopter, sur la foi de quelques auteurs, ce principe fatal qui proscrit toute réduction immédiate d'une luxation compliquée de fracture.

Une question capitale se présente, c'est celle de décider s'il est toujours permis de réduire une luxation peu de temps après sa production; M. Lisfranc pense que toutes les fois qu'une inflammation un peu forte n'est point encore développée dans l'articulation ou dans les régions voisines, il est permis de tenter la réduction; mais si déjà elles sont envahies par un mouvement inflammatoire, les manœuvres nécessaires pourront déterminer des accidents formidables et même mortels, comme on en compte plusieurs exemples. Supposez, dit M. Lisfranc, une inflammation des muscles, des nerfs, des artères et du tissu cellulaire, irez-vous exercer sur eux des tractions violentes? Mais vous provoqueriez d'atroces douleurs; mais vous vous exposeriez à voir les muscles se déchirer, l'artère se rompre, la paralysie s'emparer du membre, etc. La cause principale, la cause essentielle de ces accidents, c'est qu'avant de tenter la réduction on ne s'est point attaché à éteindre une inflammation qui a diminué la cohésion des parties sur lesquelles on agit; ce professeur sent tellement l'importance de ces précautions, que toutes les fois qu'il a affaire à une luxation, son premier soin est de s'assurer si un travail inflammatoire ne s'est point établi autour des parties luxées; et, s'il existe, de le combattre avec énergie; c'est à l'aide d'une conduite aussi rationnelle, qu'il rend sans danger les tentatives qui deviennent nécessaires, et qu'il prévient les accidents qu'elles pourraient provoquer.

Jusqu'à quelle époque peut-on tenter la réduction d'une luxation ancienne, et à quelle époque n'est-il plus permis de la tenter? M. Lisfranc établit que dans le cas où l'inflammation n'est point encore anéantie, il ne faut pas réduire. Ce qu'il importe, surtout pour décider la question, objet spécial de cet article, c'est de savoir si la tête de l'humérus n'a pas contracté d'adhérences solides avec les parties qui forment

ses nouveaux rapports ; hors cette eirconstance, dans tous les cas où la tête est eneore mobile, on peut avoir recours à la réduetion. L'expérience a démoutré qu'elle pouvait être tentée trois mois après la produetion de la luxation, et les exemp'es en sout tellement nombreux, qu'on néglige maintenant de les eompter (1). En 1828, M. Lisfrane a réduit uue luxation de l'avant-bras sur le bras datant de deux et même trois mois; et l'on sait quelle diffieulté apporte à eette réduetion le earactère ginglimoïdal de ce mode d'articulation. Il a obtenu la réduction d'une luxation datant de quatre mois ehez M. le baron de L....; le même suecès a couronné ses tentatives chez M. R......, jeune homme fort, vigoureux, d'une eonstitution athlétique, qui présentait une luxation existant depuis six mois. Ce jeune homme était eourageux et exigeait une nouvelle tentative; après quatre heures de traetions lentes, la réduction fut eomplète. On ne saurait trop répéter eombien une traetion lente et graduée est préférable à ces seeousses brusques et violentes auxquelles on est exposé lorsqu'on a reeours à des aides ignorants et,peu exercés. C'est pour prévenir les déehirures auxquelles exposent des traetions peu méthodiques, qu'on a imaginé des maehines que l'opérateur dirige à son gré, et qui lui permettent de graduer les forees qui lui deviennent nécessaires ; parmi ces ingénieuses inventions, M. Lisfranc plaee en première ligne le dynamomètre de M. Sédillot, dont il a eu oecasion de constater les avantages dans les cas où l'on a besoin de forees eonsidérables.

Lorsqu'on s'est déeidé à réduire une luxation ancienne, il faut préparer le malade par des bains, des cataplasmes loeaux, et le régime; en même temps on imprime au membre quelques mouvements pour l'habituer à un déplaeement plus considérable ; et si le sujet est vigoureux, on pratique une ou plusieurs saignées proportionnées à sa eonstitution.

Mais une précaution importante est eelle d'examiner la position de l'avant-bras par rapport au bras; dans le cas de luxation aneienne, on trouve presque toujours l'avant-bras fléchi sur le bras avec beaucoup de fixité : ira-t-on faire des tentatives de réduetion en tirant sur un avant-bras ainsi fléehi ; mais l'on s'exposerait à des déehirures qui compromettraient non seulement l'opération, mais eneore la vie du malade. Le premier soin doit donc consister à étendre le membre; ehez M. le baron de L... M. Lisfranc parvint à ce résultat, à l'aide de machines, en cinq jours ; chez M. R... il y eonsacra dix jours : il est vrai qu'il fallut reculer l'époque de la réduction de einq jours dans un cas, et de dix dans

---

(1) Parmi les faits de ce genre on signale surtout ceux rapportés par Dupuytren et M. Sedillot.

un autre; mais qu'est-ce que ce retard en comparaison de la rectitude qu'on donne à toute le longueur du levier? L'on sait que pour pratiquer l'extension, on fixe avec des circulaires de bandes autour du poignet la serviette sur laquelle se placent les mains des aides; il est inutile de s'arrêter à ces détails qui se trouvent partout, mais il est bon de rappeler à cet égard la modification que Dupuytren à apportée à la contre-extension : ce chirurgien à rendu un immense service à la science, en démontrant que la contre-extension par des aides était très-défectueuse à cause de son inégalité et de sa mobilité, tandis qu'on la rendait fixe et de beaucoup préférable en attachant le drap à un anneau, à une colonne, etc. Ce mode de contre-extension offre aussi l'avantage d'une plus grande simplicité, en contribuant à diminuer le nombre des aides. C'est au chirurgien chargé de ramener la tête dans la cavité glénoïde qu'il appartient de diriger les tractions des aides et de leur indiquer quand ils doivent agir avec énergie ou modération, et tirer dans un sens ou dans un autre; il puisera les éléments de sa conduite dans l'observation des phénomènes qui se passent dans l'articulation, il sentira la peau se tendre, la tête se déplacer, il entendra les craquements dont on peut expliquer la production de plusieurs manières; il suspendra l'opération s'il est nécessaire, il dominera les mouvements des aides, les mettra en rapport avec les siens et donnera à la tête une direction, telle qu'elle reprendra sa position normale.

Il ne faut pas croire cependant que le succès accompagne toujours l'emploi de principes aussi rationnels; il est des circonstances indépendantes des moyens mécaniques qui doivent fixer l'attention du chirurgien : avant de tenter la réduction, il doit être bien sûr que l'inflammation est complétement éliminée des parties, et c'est dans ce cas seulement qu'il devra agir; durant l'opération, il ne doit pas perdre de vue le patient pour ménager ses forces et sa sensibilité, et susprendre les tractions si les douleurs deviennent intolérables; car, des secousses aussi considérables portent sur le principe de la vie une atteinte profonde; les deux malades cités par M. Lisfranc étaient pâles, suants, presque défaillants durant l'opération; et après la réduction tous deux restèrent plongés dans une sorte de stupeur, l'un pendant deux heures, et l'autre durant quatre; après ce temps tous deux présentèrent une réaction qui avait la plus grande analogie avec la fièvre dite traumatique. D'autres sont en proie à des désordres qui surpassent toutes les prévisions, c'est ainsi que durant l'année dernière, M. Lisfranc a réduit une luxation scapulo-humérale datant de trois mois : le malade fut saigné avant la réduction; lorsque celle-ci eut été obtenue, il se rendit à pied à son lit, dans un état général excellent, et cependant une heure après un raptus

sanguin se fit vers le cerveau, et il succomba. On dit alors que l'artère et le plenus brachieal avaient été déchirés, que des vaisseaux s'étaient rompus dans la cavité thoracique, etc. Heureusement l'autopsie vint donner un éclatant démenti à de semblables allégations : on ne trouva aucune rupture artérielle ou nerveuse, mais seulement les traces d'une forte injection cérébrale. C'est là un exemple remarquable de ces revers inattendus qui se montrent dans toutes les parties du domaine de la chirurgie, il s'efface complétement devant les nombreux succès obtenus à la Pitié; et le professeur persiste à dire qu'on doit tenter la réduction des luxations toutes les fois que les surfaces articulaires ne sont plus aux prises avec l'inflammation, et que la tête n'est pas devenue immobile par suite d'adhérences accidentelles; cette opinion, M. Lisfranc la professe hautement, parce qu'elle repose sur des principes logiques et rationels, bases essentielles de toute bonne et saine thérapeutique.

Lorsqu'on a opéré la réduction d'une luxation ancienne, l'épaule reste encore moins saillante que l'autre par suite de l'atrophie du deltoïde après un long temps d'inaction; cependant ce fait n'est pas constant, parce que la capsule fibreuse de l'articulation reste quelquefois placée entre la tête de l'humérus et la cavité glénoïde; par cela même que la tête de l'humérus peut être un peu déformée, que la cavité glénoïde n'offre pas ses dispositions normales, que la capsule articulaire est placée dans des conditions insolites, et que la deltoïde est privée d'une plus ou moins grande quantité de son énergie contractive, M. Lisfranc a toujours vu, quand il a réduit une luxation ancienne, la tête de l'humérus descendre et laisser entre elle et la voûte acromio-claviculaire un espace de la largeur d'un travers de doigt environ; alors le moignon de l'épaule est tellement déformé, qu'on peut croire *à priori* la luxation non réduite, ou bien qu'elle s'est reproduite : il suffit de faire fixer le scapulum par un aide qui exerce sur lui des pressions de haut en bas, de presser ensuite de bas en haut sur l'extrémité inférieure de l'humérus pour que cet os remonte à une hauteur convenable; on l'y maintient par des circulaires ascendants et descendants qu'on fixe mieux par des tours de bande horizontaux.

Nous avons déjà dit que lorsque la luxation était réduite, les malades étaient dans une espèce de stupeur; il serait inutile de recommander de ne pas pratiquer alors d'évacuations sanguines, on y aura recours aussitôt que la réaction dont nous avons parlé se développera.

Il ne faut pas s'attendre à voir les malades, sur lesquels on a réduit des luxations anciennes, recouvrer l'usage des mouvements du membre aussi promptement que si la luxation avait été récente; il faut ordinairement plusieurs mois avant que le malade ait repris l'usage facile de

son bras ; il serait superflu d'ajouter que l'engourdissement du membre, la semi-paralysie, la gêne des mouvements, doivent être plus tard combattus par les moyens connus, en tête desquels M. Lisfranc place les eaux thermales sulfureuses. H. Dugast.

MOYEN DE PRATIQUER SUREMENT LE CATHÉTÉRISME OESOPHAGIEN PAR L'UNE DES FOSSES NASALES.

Lorsqu'on veut laisser une sonde à demeure dans l'œsophage pour injecter dans l'estomac des liquides médicamenteux ou alimentaires, ce tube ne doit point séjourner dans l'intérieur de la bouche ; il en résulterait trop de gêne pour le malade ; mais il doit occuper l'une des fosses nasales : de là le cathétérisme *naso-œsophagien*. Cette opération s'exécute de deux manières : l'une est *directe* et l'autre *indirecte*. La première consiste à enfoncer de prime-abord la sonde dans la narine, et de la conduire de là dans l'œsophage et l'estomac ; elle paraît fort simple, et cependant elle échoue presque toujours. En voici la raison : le bec de la sonde, en glissant d'avant en arrière sur le plancher olfactif, va directement heurter la paroi postérieure du pharynx, s'y arcboute, et nul effort ne pouvant l'en débusquer, elle refuse de se recourber, et, partant, d'atteindre l'orifice œsophagien. A part l'insuccès (1), il en résulte beaucoup de souffrance pour le malade. Frappé de ce grave inconvénient, Boyer conçut et réalisa, au lit même de l'un de ses clients (2), la méthode que je nomme *indirecte*, procédé fort ingénieux, et qui consiste, la sonde étant préalablement placée dans l'œsophage, à ramener d'arrière en avant le pavillon de ce tube dans l'une des fosses nasales, à l'aide d'un fil dont l'un des chefs sort par la bouche et l'autre par le nez. Le premier étant solidement fixé à l'extrémité libre de la sonde, on opère des tractions sur le second, et le pavillon ne tarde pas à paraître en dehors du lobule du nez. Tout séduisant qu'est ce procédé, il inspire des craintes ; car si le fil se casse au moment où la sonde se recourbe brusquement pour s'engager dans l'orifice interne de la narine, ce tube tombe alors dans l'estomac, y développe des accidens terribles et même mortels, comme cela arriva chez la femme dont Hévin nous a conservé l'exem-

---

(1) Les exemples abondent dans Desault ; Œuv. chir., par Bichat, 1802, tom. 2, p. 295 et 296 ; dans Boyer, Mal. chir., tom. 7, p. 179 et 180 ; dans Pelletan, Clin. chirur, 1810, tom. 1er, p. 20 et 45, etc.

(2) Loc. cit., p. 181.

ple (1); si l'on opère avec une sonde un peu longue, il faut qu'elle se replie sur elle même dans l'œsophage et la cavité de l'estomac, pour que son pavillon puisse arriver dans le pharynx; si cette sonde est d'un calibre tant soit peu volumineux, elle ne pénétrera jamais dans la cavité olfactive et l'opération sera à recommencer.

En présence de tant de défauts, je me suis demandé s'il ne serait pas possible de trouver une autre méthode qui, tout en étant aussi simple, offrirait plus de sécurité et remplirait mieux le but que l'on se propose. Les nombreux essais que j'ai tentés sur le cadavre m'ont conduit à des résultats trop importants pour ne pas les faire connaître. Mais avant de décrire mon procédé, je dois établir que la sonde œsophagienne, propre à l'exécution du cathétérisme des fosses nasales, ne doit pas égaler en général, comme le disent Desault (2) et Boyer (3), le diamètre des plus grosses sondes de l'urètre, qui est de quatre lignes. Il est, en effet, impossible qu'une algalie de ce volume traverse les fosses nasales d'un adulte bien constitué. Ce diamètre ne doit jamais dépasser *trois lignes*, et pour obtenir un succès certain, il faut lui donner deux lignes et quart à deux lignes et demie. Ce précepte ressort de l'examen que j'ait fait de plus de cent têtes sèches et fraîches; bien entendu que j'établis une exception pour les cas où la cloison olfactive est déviée à droite ou à gauche, cas dans lesquels une cavité nasale est fort élargie au détriment de l'autre. Chez le nouveau-né, le diamètre des cavités olfactives est excessivement petit; une tige d'une demi-ligne d'épaisseur y entre avec peine. Ces données peuvent servir de guide pour estimer la grosseur de l'algalie qu'il faut choisir pour pratiquer ce genre de cathétérisme à des époques de la vie placées entre la naissance et le développement complet de l'organisation.

Facilite-t-on cette opération en introduisant dans la sonde un mandrin recourbé? Une plus grande solidité en résulte, sans doute, mais comme cette tige doit être enlevée dès que le bec de l'algalie heurte la paroi postérieure du pharynx, par la raison que quelque prononcée que soit sa courbure, elle ne l'est jamais assez pour descendre jusqu'à l'œsophage, il en résulte toujours la même difficulté, celle de *l'arcboutement* de la sonde contre les vertèbres cervicales. Ce n'est pas tout : cette sonde étant ainsi armée d'un mandrin, si, au lieu de la diriger de telle sorte que sa convexité réponde à la paroi externe de la cavité olfactive, on dirige au contraire cette convexité en haut, le cornet

(1) Mém. de l'Acad. roy. de Chir., tom. 1er, in-4°, Paris, 1743.
(2) Loc. cit., p. 270 et 287.
(3) Desault, loc. cit., p. 394.

inférieur sera infailliblement fracturé, pour peu que les efforts soient exagérés. En effet, quand on passe une sonde dans une des fosses nasales, cet instrument glisse dans une espèce de canal direct représenté en bas par le plancher olfactif, en dedans par la cloison, en dehors et en haut par le cornet inférieur. Or, la sonde munie de son mandrin représentant un arc de cercle qui s'agrandit à mesure que le bec s'enfonce dans la narine, il arrive bientôt un moment où cet arc touche le cornet inférieur. Si l'on redouble alors d'efforts, l'os se brise, et quoique brisé il ne s'en oppose pas moins à l'acheminement de l'algalie.

J'arrive maintenant à l'exposition de ma méthode, qui rentre dans celle dite *directe*. Les objets nécessaires sont : une sonde de Belloc, une sonde ordinaire en gomme élastique, percée à ses deux extrémités en forme de canule, une sonde œsophagienne, un mandrin recourbé à l'instar de ceux de l'urètre, et enfin du fil ciré.

Le malade étant assis, et sa tête inclinée en arrière, je porte la sonde de Belloc dans une des narines; le ressort arrivé dans la bouche, j'y fixe un fil ciré d'une aune et demie de longueur, le ressort est ensuite ramené dans le tube métallique, et celui-ci, enlevé de la fosse nasale, entraîne avec lui au-dehors le fil qui lui est attaché. Cela fait, je passe le mandrin dans la sonde en gomme élastique, jusqu'à ce que son extrémité en dépasse le bec de quelques lignes. A cette extrémité du mandrin j'attache solidement le bout du fil qui sort de la bouche, et j'attire vers moi cette tige métallique jusqu'à ce qu'elle se trouve de niveau avec le bec de l'algalie. Celle-ci étant bien huilée, je la saisis comme une plume à écrire, puis la bouche étant largement ouverte et la langue déprimée avec l'index gauche, je porte cette algalie dans le pharynx, et de là de haut en bas, et d'avant en arrière dans l'œsophage, jusqu'à ce que le bec, armé de l'extrémité buccale du fil, se soit un peu engagé dans ce conduit. Cette sonde étant ainsi placée, je la fais *solidement* tenir par un aide. Je saisis ensuite le bout du fil qui sort de la narine, je l'introduis dans l'intérieur de la *sonde œsophagienne* jusqu'à ce qu'il paraisse hors du pavillon ; ce fil, va servir de conducteur au tube œsophagien dans le labyrinthe qu'il doit parcourir. Pour cela j'exerce une légère traction sur son extrémité nasale, je pousse la sonde, elle glisse le long du conducteur, son bec, au lieu d'aller s'arcbouter contre la paroi cervicale du pharynx, est contraint de se recourber subitement à la sortie de la cavité olfactive, afin de suivre son guide, et, parvenu bientôt à l'entrée de l'œsophage, il y rencontre le bec de la première sonde, qui s'oppose à la continuation de son trajet. Mais, en retirant le mandrin de l'intérieur de l'algalie buccale, j'enlève des deux tubes le fil qui les parcourait; cette dernière

sonde s'enlève alors facilement, et, en poussant toujours d'avant en arrière et de haut en bas celle qui occupe la fosse nasale, elle parcourt aisément la longueur de l'œsophage, et ne tarde pas à arriver dans l'estomac. Le pavillon en est, comme à l'ordinaire, fixé au bonnet du malade, et si les liens se brisent, on n'a pas à redouter la chute du tube dans le pharynx, comme cela peut arriver dans le procédé de Boyer, procédé dans lequel il est essentiel que le relief en cire rouge qui termine toutes les algalies soit enlevé, afin de faciliter, en diminuant leur diamètre, l'entrée de ces algalies dans l'orifice nasal postérieur.

Si le trimus existe, et qu'une ou plusieurs des dents incisives manquent, voici comme j'y obvie : je fais arriver par la narine le ressort de la sonde de Belloc jusque dans la bouche; ce ressort, saisi avec une petite pince qui est dans l'espace interdentaire, j'y attache, comme précédemment, le fil que je ramène dans la fosse nasale; un aide saisit l'extrémité qui pend hors de la bouche, et je passe l'autre dans la sonde œsophagienne. Je fais parcourir, comme précédemment à cette dernière, ce conducteur, jusqu'à ce que son bec se soit recourbé de manière à regarder l'orifice œsophagien. Arrivé à ce point, je lâche de temps en temps quelques lignes du fil que l'aide maintient, et le tube élastique en profite pour s'engager dans l'œsophage. Si, par erreur de lieu, il pénétrait dans les voies aériennes (1), des signes particuliers l'annonceraient bientôt, et en attirant la sonde légèrement en haut, elle irait se présenter d'elle-même, par son élasticité propre, au-dessus de l'embouchure de l'œsophage; c'est alors le moment d'enlever le fil en l'attirant par le pavillon, et de douces impulsions suffisent pour la conduire dans l'estomac.

Si toutes les dents incisives étaient intactes, serait-il permis d'imiter l'exemple du célèbre Bouvard, qui, d'après M. Alibert (*Fièv. inter. Paris*, 1809, p. 380), ne pouvant, dans un cas de trismus, parvenir à ingérer du quinquina, se décida, à l'aide d'un marteau à briser quelques dents? Je sais que le devoir du médecin, sa mission de conserver la vie, l'autorisent, dans certaines circonstances, à entreprendre des actes qui répugneraient dans la pratique ordinaire; mais avant d'en venir à une extrémité aussi fatale, je crois qu'il serait rationnel de tenter le moyen suivant :

J'ai vu des enfants s'amuser à mettre dans une de leurs narines un morceau de fil dont ils tenaient un bout entre les doigts, puis l'occlusion des lèvres et de l'autre ouverture nasale étant parfaite, ils attiraient

---

(1) Tout ce que nous venons de dire en dernier lieu peut servir pour pratiquer avec sécurité le cathétérisme des voies aériennes.

ce fil dans le pharynx et de là dans la bouche, en exécutant de subites et fortes aspirations. Rien n'est plus facile à vérifier que cette expérience; j'ai constamment réussi sur moi-même ainsi que les personnes auxquelles je l'ai communiquée. Je suppose donc un individu affecté de trismus, et chez lequel il soit urgent d'injecter des liquides dans le ventricule; les dents incisives sont intactes, aucun des moyens ci-dessus indiqués ne peut être mis en usage; eh bien! voici ce qu'on peut alors essayer : on place à l'entrée de l'une des narines un morceau de fil plié en plusieurs doubles, long de deux pieds, et dont on retient un bout entre les doigts; l'autre narine est fermée par une compression exacte, et on recommande au malade de bien rapprocher ses lèvres, ou un aide en est chargé. Les inspirations s'exécutant alors uniquement par la narine restée libre, le fil est entraîné dans le pharynx, des mouvements d'*expuition* le ramènent dans la bouche, et il saillit bientôt entre les dents, si l'on a soin surtout à ce moment de fermer les deux narines, et par là de forcer les aspirations à ne s'exécuter que par la bouche. Pendant que j'étais externe, dans le service de M. Récamier, j'ai vu une femme affectée de trismus, dont toutes les incisives étaient intactes, et chez laquelle notre méthode eût assurément réussi; le fil n'eût pas manqué d'être entraîné par les mucosités écumeuses qui sortaient d'entre les dents. Une fois entre les lèvres, on agirait sur ce fil avec la sonde œsophagienne comme il a été dit plus haut. Si les dents s'opposaient absolument à l'issue de l'extrémité buccale de notre fil, ne serait-il pas possible de le saisir avec une pince courbe que l'on introduirait dans la bouche en l'y faisant pénétrer par le dernier espace interdentaire situé au-devant de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur? Cette dernière ressource ne devrait pas être négligée avant d'en venir à la fracture des dents incisives, si toutefois il se trouvait encore des imitateurs de Bouvard. G.-V. Lafargue.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR L'ACONITINE ET SUR QUELQUES PRÉPARATIONS D'ACONIT.

En fixant son attention sur les diverses préparations que nous fournissent les aconits, et sur le mode d'action plus ou moins énergique qu'elles ont sur l'économie animale, on ne tarde pas à s'apercevoir

que si elles renferment différents principes jouissant de propriétés plus ou moins actives, du moins il en existe un qui est prédominant et qui les caractérise d'une manière spéciale. Ce principe, qu'on est enfin parvenu à isoler, a été l'objet de recherches et d'analyses plus ou moins intéressantes. MM. Peschier de Genève, Pallas, Brandes, Geger et Hesse, ont examiné avec soin plusieurs variétés de ces plantes. Ensuite le docteur Turnbull publia dans un petit ouvrage sur les renonculacées, une série d'observations qui sont dignes de beaucoup d'intérêt, en raison de l'application qu'il fit de cette substance qu'il rencontra dans les racines. Ainsi, une fois l'aconitine connue, il est facile de se rendre un compte plus exact des différents résultats obtenus de l'emploi de telle ou telle préparation. Car si l'on connaît quel est le meilleur dissolvant de cette substance, on pourra savoir que la préparation qui la contient en plus grande quantité est celle qui doit produire le plus d'effet. C'est ce que nous allons examiner. Parmi les préparations les plus usitées nous trouvons : l'extrait aqueux, l'extrait alcoolique, les teintures alcooliques, les teintures éthérées, préparés avec les plantes sèches.

Suivant nous, l'extrait aqueux provenant soit d'infusions à froid, soit de décoctions des feuilles, est celui qui doit produire le moins d'effet, parce que le principe actif s'y trouve divisé dans une plus grande quantité de matières étrangères. Puisque l'eau dissout toutes les matières gommeuses, sucrées, extractives, amilacées, et même un peu de matière résinoïde, qui, dans la concentration jusqu'en consistance extractive, viennent en envelopper l'aconitine. Il n'est pas de même dans l'extrait alcoolique, où l'alcool ne dissout avec le principe actif que de la substance verte des feuilles et les corps résinoïdes qui s'en séparent facilement en reprenant l'extrait par l'eau, filtrant et faisant évaporer de nouveau. Quant aux teintures, si elles ne doivent pas être préférées à l'extrait, du moins est-il que l'aconitine y est encore moins enveloppée de corps étrangers que dans l'extrait aqueux. Je pense aussi qu'en redissolvant dans l'alcool ou dans l'éther l'extrait aqueux préparé en traitant par l'eau l'extrait alcoolique, on aurait alors des teintures dont la composition serait aussi uniforme que possible, en tant que les plantes seraient de bonnes qualités et bien choisies.

Après avoir exposé notre opinion sur certaines préparations d'aconit, nous croyons ici devoir dire un mot, sur le mode d'extraction de l'aconitine des feuilles de ces végétaux.

Le premier procédé pour obtenir l'aconitine, qui est inséré dans le journal de Chimie médicale (août 1834), est attribué à M. Hesse.

Ce chimiste conseille de faire bouillir les feuilles d'aconit dans l'eau, de précipiter les décoctions par la magnésie, de laver le précipité, qui se dépose, par un peu d'eau froide, après avoir décanté les premières eaux coloriées surnageantes, qui à traiter ce précipité par l'alcool et à distiller en totalité les liqueurs filtrées ; alors on doit avoir l'aconitine. Chacune de ces manipulations; comme on le voit, est facile, et il semblerait tout d'abord que rien ne s'oppose à ce qu'on ait l'aconitine pour ré-

sidu de la distillation ; mais il arrive trop souvent que l'on est abusé sur la réussite de l'opération, et si parfois l'on a un résultat, ce n'est qu'un produit des plus minimes, qui n'est point pur. Ce procédé a aussi échoué dans des mains plus habiles que les nôtres. Mais, de ce qu'un procédé n'ait pas réussi pour obtenir une substance, ce n'est pas une raison suffisante pour conclure que cette substance n'existe pas, comme nous l'avons entendu dire quelquefois ; car, en chimie végétale, on ne doit jamais trancher de semblables questions, quand on sait surtout combien il faut de soins et d'attention pour arriver à bien.

Je dois donc supposer que si j'ai obtenu des résultats peu satisfaisants, cela dépendait peut-être de la nature des feuilles, ou de leur mauvaise dessiccation, ou bien que les matières gommeuses et extractives qu'elles contiennent favorisaient la redissolution de l'aconitine à la température de l'eau bouillante, à laquelle on opère ; puis encore, de ce que ces parties de la plante ne renferment que de légères quantités de cette substance ; c'est ce dont je pus me convaincre en opérant d'une toute autre manière sur une portion de feuilles provenant de la même partie que celles dont j'avais fait usage pour répéter ce procédé.

Ayant bien souvent remarqué que l'éther était un précieux dissolvant dans les analyses végétales, que non-seulement il avait la propriété de dissoudre les substances non combinées aux acides dans les végétaux, mais aussi dans bien des cas celles qui y sont unies, je me servis de ce véhicule, et fis bouillir avec de l'éther des feuilles sèches d'aconit dans l'appareil que nous indiquâmes, dans le temps, M. Corriol et moi, dans le journal de pharmacie, et au moyen duquel on n'éprouve aucune déperdition de liquide. Après plusieurs décoctions renouvelées jusqu'à ce que l'éther ne se colorât plus, ce qui indiquait que la plante était épuisée de ses parties solubles, les liqueurs éthérées furent réunies, filtrées et distillées ensuite complétement. On obtient, pour résidu de la distillation, la matière verte résinoïde, plus la combinaison d'aconit avec l'acide auquel elle est unie dans la plante ; je délayai le tout dans l'eau distillée froide, légèrement aiguisée d'acide sulfurique, puis je filtrai la liqueur pour séparer le magma résinoïde, et je les concentrai à une douce chaleur jusqu'à ce qu'elles fussent amenées à un petit volume, et je versai du lait de chaux en léger excès. Après avoir recueilli le précipité sur une toile, il fut mis à la presse, et, en le traitant à plusieurs reprises par l'alcool, puis filtrant et distillant les liqueurs, j'obtins l'aconitine qui, pour être rendue plus pure, fut de nouveau redissoute dans l'eau acide, et précipitée par l'ammoniaque après avoir filtrée sur du charbon animal lavé. L'aconitine se présenta alors sous forme d'un magma blanc ; qui fut mis à égoutter sur un filtré, et lavée à l'eau froide avec soin pour enlever le léger excès d'ammoniaque dont elle aurait pu être imprégnée. Je mis ensuite le filtre à sécher dans des doubles de papier. Mais bientôt je m'aperçus que cet alcaloïde perdait son eau d'hydratation, redevenant par la dessiccation sous forme d'une résine jaunâtre, qui donnait une poudre blanche en l'écrasant dans un mortier. On sait que diverses substances en se desséchant se comportaient de la

même manière. Mais celles qui m'ont paru perdre le plus promptement leur état d'hydration sont l'émétine blanche et l'aconitine. Le produit que j'obtins, bien plus facilement que dans le procédé indiqué plus haut, quand il réussit, n'était encore que de très-peu de chose comparativement à la quantité de feuilles employées.

Depuis ces expériences, j'ai substitué l'alcool à d'éther, comme moyen d'extraction, et j'ai remis une note sur ce procédé à M. Soubeiran, qui voulut bien l'insérer dans son ouvrage.

Le procédé du docteur Turnbull, qui a été publié à une époque bien antérieure, et dont nous n'avions pas connaissance, est aussi digne de la plus grande attention et donne un produit très-beau et aussi facile à obtenir, toutefois en le modifiant légèrement.

Maintenant que l'expérience a démontré que l'aconitine existait en petite quantité dans les feuilles d'aconit, on doit être porté à admettre que telle préparation où elle se trouve enveloppée de beaucoup de corps étrangers doit être moins active que telle autre où elle est moins divisée. Cette substance nouvelle paraît être, il est vrai, le principe actif dominant dans les aconits; mais nous ne voudrions pas pour cela qu'on rejetât les préparations qui semblent le moins en contenir; car il serait possible qu'en raison du mode de préparation qu'on aurait suivi, on eût adjoint à cette substance d'autres principes doués d'un effet particulier, qui, en échappant à notre investigation, n'en agiraient pas moins pour leur propre compte. L'expérience nous démontre chaque jour que diverses substances végétales, qui avaient été examinées par des mains très-habiles, donnent encore des produits nouveaux. Ainsi l'opium, qui ne nous donnait que de la narcotine, nous a depuis fourni quatre autres principes jouissant de plus ou moins d'énergie. Il est vrai que la morphine se présente toujours comme la plus abondante et avec des caractères prédominants, ce qui fit présumer à plusieurs chimistes que peut-être les autres produits cristallisés n'étaient que des transformations les uns des autres, sous l'influence des agents qu'on emploie pour les isoler, et, bien que je ne partage pas cette opinion dans tout son entier, je dois cependant reconnaître que dans les recherches sur les substances végétales, les agents chimiques les moins actifs apportent souvent de grandes modifications dans les corps et en changent même la nature; ainsi on voit presque toutes les substances obtenues jusqu'à présent, et qui sont solubles dans l'alcool, surtout les alcaloïdes, lorsqu'on les expose pendant quelque temps à la chaleur simple de l'ébullition dans ce véhicule, changer de forme cristalline, et même se décomposer; cette remarque devient d'autant plus sensible qu'ils sont chauffés sous de plus fortes pressions, où alors la température de l'alcool devient plus élevée. Que ne doit-on pas attendre alors d'agents plus énergiques, comme ceux dont on est le plus souvent obligé de se servir dans les analyses végétales, qui, s'ils n'ont pas d'action directe sur telle ou telle substance, en redissolvent d'autres que l'on ne peut plus ensuite se procurer à cause des modifications qu'ils ont subies : c'est l'exemple que nous offre l'atropine qui, redissoute dans l'eau à la faveur des alcalis minéraux puissants, ne peut plus reprendre sa forme cristalline.

Bien qu'il résulte de nos observations sur les préparations faites avec les feuilles d'aconit qu'elles ne renferment que de faibles quantités d'aconitine, et que l'extrait aqueux soit de toutes la moins énergique, on peut néanmoins se rendre compte de leur action en songeant à la propriété éminemment toxique de ce principe, qui donne la mort aux animaux aux doses les plus faibles. BERTHEMOT.

PRATIQUE.

— *Sur un cas remarquable de hernie.* L'histoire des hernies est encore bien incomplète, bien que ces lésions soient l'objet spécial des études de plusieurs habiles chirurgiens. Voici une observation qui à elle seule présente à la discussion les points les plus saillants des difficultés pratiques touchant cette grave maladie, puisqu'elle permet d'examiner et de juger la question des hernies congénitales, de la complication de l'hydrocèle avec les hernies, et des étranglements dans l'épaisseur des parois abdominales.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, qui, il y a huit ans, à la suite d'une chute, ressentit de la douleur dans le scrotum, laquelle fut suivie d'un gonflement et de tous les symptômes d'une hernie. Celle-ci, depuis cette époque, rentrait et sortait alternativement, sans avoir jamais occasionné d'accidents. Huit jours avant son entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, la hernie s'était reproduite, et on n'avait pu la réduire. Le malade éprouvait des coliques, des vomissements, et n'allait pas à la garde-robe; on voyait dans le scrotum une tumeur contenant du liquide, et constituant une hydrocèle.

Une potion purgative ayant amené quelques apparences de garde-robe, et les vomissements ayant cessé pendant deux jours, on est resté pendant ce temps dans le doute s'il n'y avait pas une portion d'intestins engagée dans le canal inguinal. Mais le troisième jour, la scène ayant changé, le malade ayant vomi quatre fois dans la nuit, et les matières ayant la couleur et l'odeur des matières stercorales, il n'y eut plus aucun doute sur l'existence de l'étranglement, et le malade a été opéré par M. Velpeau. Il y avait chez lui : 1° hernie dans la tunique vaginale; 2° étranglement dans l'épaisseur des parois abdominales; 3° hydrocèle dans le sac et dans la tunique vaginale.

Aujourd'hui le malade est bien; les coliques ont cessé; les garde-robes se sont rétablies; il y en a eu quatre ou cinq dans les vingt-quatre heures; la langue est bonne; le pouls n'a pas de fréquence : tout fait espérer une bonne terminaison.

Ce sont les trois points que nous venons de signaler, que M. Velpeau a discutés avec soin. Ce sujet, des plus importants, mérite d'attirer l'attention des praticiens. Nous allons tâcher de résumer les idées de cet habile professeur.

On entend par hernie congénitale, celles qui arrivent chez les nou-

veaux-nés, ou dans les premiers mois de la vie; elle a été distinguée des autres, parce que le siége des organes déplacés n'est pas le même que chez les adultes. La hernie, chez ces enfans, a pour siége la tunique vaginale, elle est dans la même cavité que le testicule; au lieu que chez les adultes c'est un sac spécial; il y a donc une différence fondamentale. Cela est admis et connu; mais ce qui l'est moins, c'est que cette hernie peut se faire à des époques assez avancées de la vie, à douze ans, quinze ans, vingt-cinq ans, par exemple; ainsi la dénomination de hernie congéniale est défectueuse, et il vaudrait mieux lui substituer celle *de hernies de la tunique vaginale*. La question dont il s'agit n'a point été discutée avec le soin qu'elle mérite.

M. Velpeau a opéré en 1829 un étudiant en médecine âgé de vingt ans; il était assez avancé dans ses études, et il était bien sûr qu'il n'avait point de hernie quand un soir en venant de se promener et faisant un repas plus abondant que de coutume, il sentit une tumeur dans l'aine; il eut des coliques et des vomissemens. Ce chirurgien appelé constata une hernie; il employa tous les moyens pour la réduire; mais n'y ayant pas réussi, force fut de pratiquer l'opération; c'était une hernie intestinale dans la tunique vaginale. L'opération réussit, et le jeune homme guérit bien et vite.

Peu de temps après, il eut à l'hôpital Saint-Antoine un autre fait de ce genre. C'était un fort et robuste marchand de vin, qui, en voulant déranger une barrique pleine, sentit un craquement dans l'aine, vit bientôt une tumeur, et eut des vomissements et tous les accidents d'étranglement. On tenta pendant vingt-quatre heures tous les moyens possibles de réduction; il fallut opérer. La hernie avait son siége dans la tunique vaginale. Ce malade mourut le quatrième jour, et il fut bien constaté que la tunique vaginale n'était pas entièrement fermée, et que les viscères, en faisant effort, avaient pu y pénétrer. On a publié d'autres faits semblables puisés dans la pratique de Dupuytren, de M. Roux de Lawrence; M. Mayor en a cité un chez un jeune homme de vingt-cinq ans.

Ainsi il faut reformer cette idée que les hernies de la tunique vaginale sont des hernies de naissance ou de l'enfance.

M. Velpeau a trouvé chez quelques malades la tunique vaginale se continuant en petit canal jusque dans le ventre. On conçoit que si cette poche n'est pas complétement fermée, les intestins peuvent dilater peu à peu cette ouverture disposée en entonnoir, et y pénétrer.

Le malade, observé en ce moment à la clinique de M. Velpeau, peut s'être trouvé dans ce cas; il a vingt-sept ans: il soutient qu'avant sa chute il n'avait pas de hernie. Aujourd'hui il est sûr, par l'opération, qu'il présentait une hernie de la tunique vaginale dans le même sac que le testicule; c'est donc un troisième fait à ajouter aux deux dont M. Velpeau a été témoin.

L'autre point discuté par le professeur est celui relatif à l'hydrocèle dans le sac herniaire. On n'en dit rien dans les ouvrages. Cependant c'est une complication spéciale à examiner.

L'hydrocèle, compliquant les hernies, se présente sous trois for-

mes bien distinctes. Tantôt l'épanchement est dans la tunique vaginale, et constitue une hydrocèle réelle; dans ce cas la présence de la hernie peut être une cause déterminante de l'hydrocèle.

Ensuite il peut y avoir une hydrocèle dans le sac en même temps que la hernie; l'on doit dire à cet égard qu'il y a dans le sac toujours un peu d'hydrocèle; quand il n'y a que quelques cuillerées, on n'y fait pas attention; mais le liquide peut être si considérable que le diagnostic peut en devenir très-difficile. Il y a plusieurs faits remarquables touchant ces difficultés pratiques. Saviard en rapporte un recueilli en 1701; Mery en a publié plusieurs observations; il a trouvé plusieurs litres de liquide. Monro en a tiré trois ou quatre litres; Scarpa, Pott, Maréchal en ont vu plusieurs litres. Le fait le plus remarquable, recueilli par M. Velpeau, est celui d'un vieillard entré à l'hôpital Saint-Antoine en 1829. Il portait une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte distendue et sillonnée de grosses veines; examinée à la lumière, elle offrait une transparence complète; le malade avait des vomissements et touts les symptômes d'étranglement. Une ponction étant faite, il en sortit trois pintes de liquide; M. Velpeau agrandit alors l'ouverture, et l'on trouva une portion de l'S iliaque du colon qui s'était gangréné. Le malade mourut.

La troisième question examinée est relative aux hernies qui n'en sont pas, car il n'y a rien de visible; c'est dans ce cas un étranglement de l'intestin dans les parois du ventre.

L'on sait comment est disposé le canal inguinal; les hernies externes se font par ce trajet, et puis elles arrivent dans le scrotum. Mais si l'intestin ou l'épiploon ayant traversé l'ouverture postérieure n'avance pas davantage, alors il n'y a pas de tumeur, on ne voit rien extérieurement et il est aisé de rapporter les accidents d'étranglement à d'autres causes; cependant c'est cette hernie dans le canal, cette hernie dans l'épaisseur des parois du ventre, qu'il faut être attentif à ne pas méconnaître; il s'en faut qu'elle soit rare, plusieurs auteurs en rapportent des exemples; ce sont Mery, J.-L. Petit, Lerat, Monro, Callisen, Heisselbach, Scarpa, Lawrence, Astley Cooper, Dance, Goirand, Sanson; enfin M. Velpeau en a vu deux cas récents.

L'un chez un tailleur de la rue Montmartre. Cet homme avait depuis quatre ou cinq jours des accidents d'étranglement. Il a été opéré, et les garde-robes se sont rétablies. Il y a eu à la suite de l'opération une péritonite formidable qui a résisté à toute l'énergie des moyens antiphlogistiques. Ce malade était sur le point de succomber, et il n'a dû sa guérison qu'aux onctions mercurielles pratiquées à la dose de trois gros d'onguent toutes les deux heures.

Dans ces cas il faut savoir que l'étranglement n'est point dans le point où on le trouve ordinairement, c'est à la partie postérieure de l'anneau inguinal qu'il existe.

Cette hernie peut se présenter de trois façons, ou bien primitivement, ou bien quand on a tenté la réduction sans faire parvenir l'intestin dans la vessie, ou bien quand on a fait l'opération ordinaire, qu'on a réduit à l'anneau extérieur, mais par l'annean intérieur.

En résumé l'on doit conclure que la hernie de la tunique vaginale n'est pas toujours une hernie congénitale ou de l'enfance, que la complication de l'hydrocèle avec les hernies mérite, quant au diagnostic et au traitement, une grande considération de la part du praticiens, et qu'il est important de ne point méconnaître les étranglemens qui s'opèrent dans l'épaisseur des parois abdominales.

— *Traitement du torticolis organique.* Il est une affection, dont il n'est seulement pas fait mention dans les traités de pathologie, et qui mérite néanmoins une étude spéciale, tant à cause de la difformité qu'elle constitue, qu'à cause du traitement qu'elle réclame (nous voulons parler du torticolis organique). Cette maladie, assez rare du reste, sera facile à reconnaître aussitôt que l'attention du médecin sera fixée sur la nature de la lésion qui lui donne naissance.

Nous avons vu il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, un jeune homme de vingt-quatre ans, qui y était entré pour se faire traiter des suites d'une brûlure à la face et au cou, dont il avait été atteint à l'âge de onze mois. Il présentait une énorme cicatrice à la partie latérale gauche de la face et du cou, et une inclinaison permanente de la tête du même côté. La joue gauche était moins développée que l'autre, et le muscle sterno-cléido-mastoïdien était fortement tendu et plus court que celui du côté opposé. Le torticolis tenait évidemment plutôt à l'arrêt de développement de ce muscle qu'à l'action du tissu inodulaire.

L'indication curative de la difformité était évidente, c'était l'allongement de cette corde musculaire. Les machines orthopédiques ayant été essayées sans succès, la division du sterno-mastoïdien offrait les chances les plus favorables. M. Roux y eut effectivement recours; il coupa ce muscle un peu au-dessus de son insertion sterno-claviculaire, et la tête put à l'instant être redressée. Un tissu fibreux combla l'intervalle des portions musculaires, et la guérison fut obtenue. Quand le malade sortit de l'Hôtel-Dieu, sa tête avait repris sa direction normale et il pouvait la remuer à volonté.

Cet exemple de torticolis organique est fort remarquable. La difformité tenait dans ce cas à un point d'arrêt de développement du muscle sterno-mastoïdien et présentait une certaine analogie avec le pied-bot; aussi la division du muscle trop court a-t-elle eu ici le même résultat avantageux que la section du tendon d'Achille dans le pied-bot.

Mais l'on serait dans l'erreur si l'on pensait que la déviation de la tête, qui constitue l'affection dont nous parlons, tient toujours au raccourcissement d'un des muscles sterno-mastoïdiens; nous regardons au contraire le fait que nous venons de rapporter comme une exception. Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter trois personnes atteintes de cette maladie, et nous sommes persuadé que dans la plupart des cas, elle a sa cause dans une hypertrophie d'un des muscles mastoïdiens. Chez elles nous avons trouvé les muscles de l'un et de

l'autre côté égaux en longueur ; mais l'un d'eux avait un volume plus que double de l'état normal, et entraînait la tête du côté opposé; l'autre muscle n'était point atropié mais avait un diamètre un peu moindre que dans l'état ordinaire. Ce qu'il y a de remarquable c'est que chez deux de ces sujets la vue était à peu près perdue pour l'œil du côté où la tête était entraînée; cette circonstance datant de l'enfance, ne pourrait-il pas se faire que la personne étant obligée constamment à tourner la tête pour voir les objets, le muscle chargé de cette fonction eût pris un accroissement de nutrition ?

La maladie n'existe pas au même degré chez tous les sujets. J'ai été consulté pour une dame de province qui, malgré l'effort de ses deux mains, ne pouvait pas, quand elle était debout, maintenir sa tête dans une rectitude normale. Aussitôt que celle-ci était libre, la face était complétement entraînée vers l'épaule droite. Elle était obligée, pour éviter cet inconvénient, de tenir sa tête fortement appuyée sur le dos d'un fauteuil. Cette dame, que j'ai perdue de vue depuis plusieurs années, n'a retiré aucun avantage de mes conseils.

J'ai été plus heureux chez mes deux autres malades, l'état de l'un s'est considérablement amélioré, et l'autre est en voie de guérison. Ce dernier est un enfant de quinze ans. Mais leur affection était moins intense ; elle consistait dans un mouvement involontaire allant à la moitié de la demi-rotation que peut effectuer la tête; puis il fallait l'action de la main sur le menton pour la ramener à la rectitude normale. L'effort constant pour lutter contre la déviation, imprimait à la tête, au cou, et à quelques muscles de la face, des secousses brusques et répétées, ressemblant à un espèce de tic.

Ainsi il y a une grande différence entre l'affection que nous venons de décrire et le torticolis dont était atteint le malade de l'Hôtel-Dieu. Chez celui-ci, l'un des muscles sterno-mastoïdiens était plus court, et la tête était invariablement fixée de ce côté; chez les autres sujets, les deux muscles étaient égaux en longueur; la tête pouvait être ramenée à sa rectitude normale ; mais elle était entraînée par l'action exagérée d'un des muscles sterno-mastoïdiens.

Le traitement que j'ai employé a été fort simple. J'ai eu pour but d'augmenter la force du muscle affaibli et de diminuer l'action du muscle surexcité et hypertrophié. Pour cela je me suis bien trouvé des applications de sangsues répétées toutes les semaines au nombre de huit à dix sur le trajet du muscle hypertrophié, et toutes les nuits, d'un cataplasme composé avec de la farine de graine de lin et de feuilles hachées et bouillies de jusquiame fraîche. J'ai ajouté à ces moyens des frictions sur le muscle avec de l'extrait ou de la teinture de belladone. Pendant que j'agissais dans ce sens sur le muscle fort, j'opérais en sens inverse sur le sterno-massoïdien faible ; je pratiquais sur lui des frictions énergiques avec un liniment ammonical, et j'y déterminais des contractions au moyen de l'électro-poncture.

Enfin il est nécessaire d'apporter beaucoup de persévérance dans l'emploi de ces moyens, et de faire tenir pendant quelque temps la tête du malade dans la position la plus propre à empêcher la contraction du

du muscle hypertrophié. L'amélioration ne s'est opérée chez un de mes malades qu'au sixième mois, et chez l'autre au troisième.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES AVANTAGES DE L'OBSERVATION EN GRAND POUR LES PROGRÈS DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Par observation nous n'entendons pas ici les fruits de la pratique d'une secte ou d'un individu, ni ce que l'imagination d'un médecin possédé d'une idée peut lui suggérer de conforme à ses préoccupations; nous entendons parler des résultats généraux qu'on doit retirer des faits rassemblés dans tous les temps et dans tous les lieux par des médecins consciencieux, étrangers autant qu'il se peut à toute opinion systématique; cette dernière condition est bien désirable sans doute; cependant elle n'est pas absolument indispensable, car, si le médecin est de bonne foi, il verra tôt ou tard lui-même en quoi pèchent ses procédés d'investigation. C'est donc de cette observation, acquise au prix des travaux de tous les médecins et de chacun, et nullement de cette observation étroite et personnelle d'après laquelle se déterminent, aujourd'hui comme jadis, les praticiens à vue courte, qu'il sera question ici. Le temps nous paraît bien pris pour fixer nos regards sur le principe de la bonne observation, aujourd'hui qu'on a fait justice de tous les systèmes en crédit il y a quelques années, et que, à l'exception d'un petit nombre d'hommes dont il est inutile de s'embarrasser, la grande majorité des médecins revient de toutes parts aux véritables lois de la formation des maladies et aux seules règles applicables dans leur curation.

Naguère encore, une observation de maladie n'était réputée complète que lorsque, la mort venant couronner le tableau de l'affection morbide, le médecin, transformé en anatomiste, disséquait minutieusement et reproduisait par une description plus minutieuse encore les lésions cadavériques. Dans cette manière de voir, il était peu question des causes de ces désordres; il était peu question aussi des phénomènes pathologiques qui ne conservaient pas un rapport prochain ou éloigné avec les altérations matérielles. La thérapeutique elle-même, subordonnée à la représentation de l'image de ces altérations, était sacrifiée au triste avantage de pouvoir dire : On a trouvé après la mort des ulcérations dans le tube digestif, les vaisseaux du cerveau engorgés, ou la pulpe cérébrale dans un tel degré de consistance ou de ramollissement. Telle n'est pas l'idée

qu'on doit se faire d'une bonne et complète observation ; car enfin, le but de la médecine étant de guérir, il est évident que là où la guérison n'a pas eu lieu, là ne peut se trouver le complément d'une bonne observation. Nous n'avons pas besoin de nous défendre par anticipation du reproche mal fondé, que nous prêchons le mépris des observations anatomico-pathologiques. Nous sommes aussi convaincus que personne de l'utilité de ces sortes d'investigations; nous voulons seulement, et c'est là notre point de séparation avec les anatomo-pathologistes, qu'on ne prenne pas le résultat de ces recherches nécroscopiques pour la base principale, et encore moins pour la base exclusive de la pathologie et de la thérapeutique. Dans ces limites nous avons l'avantage d'assigner aux données anatomiques le rang qu'elles ont dans la pratique médicale, et de nous trouver d'accord avec les plus grands praticiens de tous les temps. Hippocrate lui-même savait, à n'en point douter, tout le parti qu'on peut tirer de cet ordre de considérations, non qu'Hippocrate, que nous sachions, ait jamais ouvert de cadavre; mais il a tracé dans ses histoires de maladies, et aussi bien qu'on l'a pu faire depuis, la gradation des phénomènes les plus graves jusqu'à leur dernier terme, la mort. C'est même par ce soin à poursuivre les signes de ces fatales terminaisons, qu'il a été accusé de son temps et postérieurement, d'avoir fait de ces histoires plutôt des descriptions nécroscopiques que des descriptions de maladies. A notre avis, il convient sans doute d'ouvrir le cadavre, et de procéder avec un soin extrême à la recherche des lésions anatomiques; mais une observation médicale n'est réellement ce qu'elle doit être que lorsqu'elle offre à côté de l'histoire exacte de ses phénomènes, l'histoire correspondante de la méthode et des moyens curatifs. Ce n'est pas tout : une observation de maladie, quelque simple qu'elle soit, à plus forte raison si elle est très-complexe, ne se présente pas toujours partout et chez tous les sujets avec la même expression ; au contraire, elle change en se modifiant par mille causes particulières, entraînant à sa suite des changements et des modifications analogues dans le diagnostic et dans le traitement.

Aujourd'hui, quand un médecin peut se présenter à ses confrères avec un faisceau de quelques centaines d'observations, il se croit en droit de juger souverainement toutes les questions de la pratique; il ne réfléchit pas que ses observations, pour si nombreuses qu'elles soient, ne peuvent jamais reproduire que quelques aspects seulement de la nature et du traitement des maladies, ou bien en d'autres termes, qu'en raisonnant exclusivement d'après les données qui lui sont propres, il n'a pu embrasser dans toute son étendue le vaste champ de

l'observation; car enfin une maladie, quoiqu'elle offre quelques analogies avec ses pareilles, n'est pas tellement identique avec les autres qu'on puisse dire de toutes sans exception, ni même de la généralité, ce qu'on peut dire de quelques centaines. Que faudrait-il pour être autorisé à déduire des conclusions irréprochables d'une masse donnée de faits. Il faudrait que la maladie ou les maladies dont il s'agit eussent eu toujours les mêmes causes, qu'elles se fussent montrées sur les mêmes sujets, ayant le même âge, le même sexe, le même tempérament, que les circonstances environnantes eussent toujours été les mêmes, tant sous le rapport du temps de l'année ou des saisons, que sous le rapport du régime, des habitudes, des professions; il faudrait en outre que les traitemens de ces maladies eussent eu les mêmes bases, qu'on eût toujours prescrit les mêmes remèdes, dans les mêmes moments, sous les mêmes formes, par les mêmes voies d'administration. Tant qu'on ne peut pas dire qu'une série d'observations satisfait à toutes ces conditions, on ne peut être admis à prendre sur les maladies dont elles traitent des conclusions absolues. Ce n'est pas ainsi que raisonnent quelques médecins de notre temps : en voici un exemple tout à fait récent; nous en pourrions citer mille autres; contentons-nous de celui-ci pour le moment.

Tous les praticiens savent que, dans certaines affections fébriles, on voit paraître quelquefois une éruption de petits boutons blancs et cristallins qu'on a appelés *sudamina*, à cause de leur coïncidence ordinaire avec les sueurs. MM. Chomel et Louis ont fait, chacun à part, des séries nombreuses de recherches au sujet de cette éruption. M. Bouillaud, à la Charité, en a fait de semblables et non moins nombreuses; mais MM. Chomel et Louis ont remarqué que, dans leurs observations, les *sudamina* ne paraissaient pas le plus souvent avec les sueurs, et alors ils en ont conclu que les sueurs ne les déterminaient point; tandis que M. Bouillaud a constaté de son côté que la même éruption ne se montrait le plus souvent qu'au milieu des sueurs; d'où il en a conclu que les sueurs produisaient ces éruptions. Quel parti prendre entre ces témoignages contradictoires? Quant à nous, nous n'en prendrons aucun, ou plutôt nous les prendrons tous les deux, et nous dirons que MM. Chomel et Louis, comme M. Bouillaud, ont eu tort de prononcer absolument d'après les séries de leurs observations propres, et que la diversité du résultat de leurs recherches prouve seulement qu'ils n'ont pas observé dans les mêmes conditions. Nous ajouterons pour notre compte que les *sudamina* naissent ordinairement avec les sueurs, et nous nous fonderons dans cette opinion, non pas sur les quelques centaines de faits contraires apportés par MM. Chomel et Louis; mais sur ce que, depuis Hippocrate, les

médecins observateurs ont confirmé cette opinion ; d'une autre part, nous conviendrons que les *sudamina* peuvent accidentellement naître avant ou après les sueurs, et même sans les sueurs, et nous nous appuierons, pour embrasser ce parti, non pas simplement sur les quelques centaines de faits d'après lesquels on peut soutenir le contraire : mais sur ce que, depuis les premiers temps de l'observation, on a vu des sueurs sans *sudamina* et des *sudamina* sans sueurs.

Il ne suffit pas de varier les lieux et les circonstances de l'observation pour tirer des faits des conclusions exactes ; il est nécessaire de confronter les faits actuels avec les faits antécédents, tels qu'ils sont consignés dans les anciens observateurs. Les médecins à système procèdent autrement. Ils proclament leurs idées comme l'infaillible base de la bonne médecine, et ils frappent de réprobation toutes les idées antérieures qui leur sont contraires. Au milieu de cette variété innombrable de points de vue systématiques, on n'en citerait pas un seul qui ait accepté l'alliance de ses principes avec les principes de l'observation des siècles ; depuis et avant Paracelse, qui brûlait publiquement, en présence de ses disciples, les ouvrages d'Hippocrate et de Galien, jusqu'à la doctrine physiologique, toutes les écoles exclusives ont refusé d'admettre la tradition de l'observation. Passe encore si, avant de la proscrire, elles s'étaient mises en devoir de la connaître ; mais en l'étudiant, elles y auraient trouvé la condamnation de leurs systèmes ; aussi elles ont mieux fait dans l'intérêt de leur amour-propre, elles l'ont censurée comme mensongère ou ridicule, laissant au temps à faire justice de leurs inculpations. Heureusement nous sommes sortis une fois pour toutes, du moins il faut le croire, de ces entraves de la bonne pratique, et nous pouvons soutenir, sans encourir le sarcasme ou l'injure, qu'il y a chez nos devanciers une multitude de connaissances solides, dans lesquelles il est nécessaire de puiser. Sans doute ils n'ont pas tout vu ; sans doute ils nous ont laissé beaucoup à faire ; mais ce qu'ils ont fait nous devons l'accepter comme un précieux héritage, et le féconder de notre mieux. C'est ainsi qu'en poussant plus loin nos recherches, nous préparerons à nos neveux des progrès plus rapides, comme nos prédécesseurs ont préparé les progrès que nous avons accomplis. Maintenant nous sommes en mesure de donner les caractères d'une bonne et complète observation. La première condition, c'est qu'elle embrasse la totalité des circonstances où elle peut se produire. Or, cette condition ne s'obtient que par la répétition des faits du même ordre, par les divers observateurs. Nous ne saurions trop engager nos confrères à aider de toutes leurs forces à ce complément nécessaire, en reprenant en sous-œuvre les résultats obtenus dans la capitale, où se réunissent tous les moyens

de recherches ; c'est aux départements à vérifier, chacun dans le cercle des localités particulières, les divers points de doctrine, et à y ajouter les modifications innombrables qui peuvent compléter leurs résultats. Qu'on retienne surtout que l'important en médecine c'est la thérapeutique, et que si une observation que la mort termine suggère de bonnes instructions, les observations les plus précieuses sont celles qui se terminent par la guérison. Une autre condition d'une bonne observation, c'est son accord avec les observations antérieures bien authentiques, et sa justification entière par les lois éternelles de l'organisation. Un fait isolé, une collection même de faits en contradiction avec ces lois, est suspecte par cela seul qu'elle est opposée au sentiment des bons médecins, à moins d'admettre que la médecine est née d'aujourd'hui. En résumé, tenir compte de tous les phénomènes des maladies ; envisager ces maladies sous toutes les formes et dans toutes les circonstances, sous lesquelles elles se développent, justifier nos recherches par les observations des siècles ; voilà, si nous ne nous abusons, les vrais caractères des bons résultats thérapeutiques.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU BROME ET DE SES PRINCIPALES COMBINAISONS.

Le brome et ses nombreuses préparations sont une conquête de la chimie moderne. Chacun sait que c'est à un habile chimiste de Montpellier, M. Balard, qu'est due cette découverte. C'est dans l'eau de la mer que le brome fut trouvé par lui, et il lui assigna dès lors les propriétés qui ont été bien constatées depuis, de se comporter à l'égard des réactifs à peu près comme l'iode et le chlore. La place que M. Balard a marquée à cette nouvelle substance, à côté de l'iode et du chlore, a été pour les thérapeutistes un trait de lumière qui les a dirigés dans leurs recherches sur la nature de son action médicale. Ce n'est pas la première fois que les analogies chimiques, de même que les rapports de famille parmi les plantes, ont mis les médecins sur la voie de vertus curatives, réelles de substances inusitées. Quoi qu'il en soit, c'est à cause des relations chimiques du brome et de ses préparations avec les combinaisons de l'iode et de chlore, qu'on a soupçonné le genre de propriétés médicales dont ils sont doués.

L'histoire des essais tentés avec le brome est encore assez peu avancée. Il s'en faut qu'on ait expérimenté tous les composés qu'il peut produire, ni qu'on possède le dernier mot des expériences à l'égard de ceux qui ont été employés. Toutefois il existe des preuves assez nom-

breuses de l'efficacité de plusieurs de ces préparations, pour être autorisés à fixer les praticiens à cet égard. Voici l'état de nos connaissances à ce sujet, et de quel point les observateurs doivent partir s'ils veulent examiner à fond les propriétés et les vertus thérapeutiques de ce nouveau remède. Le brome lui-même a été peu essayé; ce sont ses préparations qui ont été l'objet des expériences. Parmi celles dont on s'est servi, on compte l'hydrobromate de potasse, le bromure de fer, et le proto et deuto-bromure de mercure. Examinons l'action de ces divers agents, et disons la manière de les administrer.

Nous ne connaissons qu'un seul cas où le brome seul ait été mis en usage. Ce fait est dû au docteur Pourché de Montpellier. C'était une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte depuis sept ans des symptômes de scrofule; elle se présentait avec une masse tuberculeuse considérable de chaque côté du cou. Ce médecin prescrivit le brome pur à l'intérieur de la manière suivante :

Prenez : Brome. . . . . six gouttes.
Eau distillée. . . . . trois onces.

A prendre en trois fois dans vingt-quatre heures.

Le lendemain, la dose du brome fut portée à dix gouttes, à quatorze gouttes dix jours après, et ainsi en augmentant graduellement jusqu'à trente gouttes, toujours sur quatre onces de véhicule. En même temps on appliquait sur les tubercules des cataplasmes arrosés avec une solution aqueuse de brome dans les proportions suivantes :

Prenez : Brome. . . . . . . de douze à trente gouttes.
Eau distillée. . . . trois ou quatre onces.

Ce traitement continué ainsi pendant environ trois mois a fait disparaître presque tous les symptômes de scrofules.

Parmi les combinaisons, l'hydrobromate de potasse surtout a eu les plus brillants succès entre les mains du même médecin; trois observations bien concluantes attestent son efficacité. C'est encore contre des affections de nature scrofuleuse que ce médicament a réussi. L'un des malades était un tailleur d'habits, âgé de 23 ans, qui trois ans auparavant avait perdu l'œil droit par l'effet d'une ophthalmie scrofuleuse. Trois ans après, une affection en tout semblable à la précédente éclata à l'œil gauche, et menacait ainsi ce malheureux d'une cécité complète. Le docteur Pourché réprima d'abord les accidents inflammatoires, et eut recours ensuite à l'hydrobromate de potasse. Voici la formule des pilules qu'il administra.

Hydrobromate de potasse. . . . . six grains.
Lycopode. . . . . dix-huit grains.

Faire six pilules.

Chaque jour il fit prendre deux pilules pendant cinq à six jours, ensuite quatre pilules par jour, plusieurs jours après six pilules; ainsi de suite en augmentant leur quantité jusqu'à huit pilules. Cette médication dura trois mois. Au bout de cette période, tous les symptômes de scrofule avaient également disparu. Nous devons ajouter que l'ophthalmie co-existait avec une tumeur scrofuleuse sous la région parotidienne gauche, et qu'une tumeur analogue, mais située à droite, s'était manifestée aussi à l'époque de la première ophthalmie. Le docteur Pourché, tout en usant de l'hydrobromate de potasse, ainsi que nous l'avons exposé, se servait sur la tumeur du même sel en frictions sous forme de pommade. Ces frictions étaient faites journellement au nombre de trois. La pommade dont il se sert est composée ainsi :

Axonge. . . . . une once.
Hydrobromate de potasse. . . . . un gros.

La seconde observation est celle d'un engorgement scrofuleux de l'épididyme, que son apparition à la suite d'une blennorrhagie avait dû faire regarder comme de nature syphilitique; en conséquence, il fut attaqué vivement par les mercuriaux; mais, au lieu de céder, il résistait opiniâtrément, pendant qu'un nouvel engorgement envahissait déjà l'épididyme de l'autre testicule. L'étude approfondie de l'état habituel du sujet faisait penser au docteur Pourché que la nature de ces engorgements était scrofuleuse, ce médecin attaqua cette affection par les pilules d'hydrobromate de potasse, concurremment avec des applications emplastiques arrosées avec la solution aqueuse de brome. Sous l'influence de cette méthode mixte, pratiquée d'après les règles déjà indiquées, pendant l'espace de trois mois, l'engorgement testiculaire disparut, en même temps qu'une otorrhée purulente dont le malade était affecté depuis environ six ans. Enfin le troisième fait est celui d'un goître qui existait depuis depuis deux ans chez une femme. Des pilules d'hydrobromate et l'usage de la pommade de ce sel l'avaient réduit des deux tiers au moment où M. Pourché publiait cette observation.

A l'exemple de M. Pourché, d'autres praticiens ont eu recours aux préparations de brome contre les formes nombreuses de l'affection scrofuleuse. M. Magendie, en particulier, a expérimenté le bromure de fer. Sa formule ordinaire est la suivante :

Prenez : Looch blanc. . . . . cinq onces.
Bromure de fer. . . . . un grain.
Sirop de menthe. . . . . une once.

A prendre par cuillerées.

Malheureusement les essais de M. Magendie n'ont pas été suivis

assez longtemps pour permettre de se prononcer sur l'action spéciale de ce bromure. Tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'il jouit d'une très-grande activité.

Nous possédons les documents beaucoup plus précis à l'égard des deux combinaires du brome avec le mercure. Les résultats des épreuves chimiques auxquelles elles ont été soumises ont parfaitement répondu à l'idée qu'on pouvait s'en faire, d'après les analogies chimiques de ce composé avec le proto et le deuto-chlorure de mercure. Cependant ils présentent dans leur action thérapeutique quelques différences assez importantes pour mériter d'être mentionnées. On va en juger par la courte exposition des effets qu'ils ont déterminés.

Le proto-bromure se comporte à peu près comme le proto-chlorure de mercure ou calomel; comme ce dernier il est insoluble dans l'eau et dans l'alcool. A la dose de un à deux grains sur l'homme sain, il ne produit presque aucun effet, alors même qu'il est pris à jeun. A dose plus élevée, comme quatre ou cinq grains et au-delà, il purge modérément, en même temps qu'il augmente l'excrétion des urines. Administré dans les maladies syphilitiques récentes, en frictions sur les gencives ou sous forme pillulaire à l'intérieur, il est parvenu à les guérir, comme le fait aussi le calomel. Une remarque digne d'intérêt, c'est que le proto-bromure de mercure n'affecte pas la bouche aussi promptement ni aussi vivement que le calomel. Cette différence doit le faire préférer, lorsque, comme on le voit souvent, l'idiosyncrasie des malades qui réclament l'usage du calomel les rend très-sujets à la salivation. Du reste, la quantité de proto-bromure de mercure, le mode de son administration, les circonstances qui en établissent les indications et les contre-indications, sont parfaitement semblables à celles qui se rapportent au calomel. D'après ces faits, on peut donc avancer que le proto-bromure de mercure est un véritable succédané du calomel, si ce n'est peut-être qu'il pousse davantage aux urines, et qu'il a moins de tendance à affecter les glandes salivaires.

Le deuto-bromure de mercure a une saveur styptique très-forte, il est fusible et se sublime. L'eau le dissout, mais moins que le sublimé corrosif. C'est l'éther surtout qui s'en empare, et dans lequel on peut l'administrer à une dose un peu forte, telle que trois ou quatre grains sur l'homme sain; il attaque vivement le tube digestif, détermine des selles et des vomissements accompagnés de coliques et de crampes d'estomac. Alors aussi il porte son action sur la bouche et provoque une abondante salivation. Mais il ne paraît pas que la poitrine et la tête en soient affectées, comme elles le sont par l'ingestion à haute dose du sublimé corrosif.

La conformité de sa nature chimique et celle de ses effets physiologiques, suggéraient de l'employer dans les affections vénériennes. Les résultats ont parfaitement justifié la présomption de sa vertu anti-syphilitique. Le docteur Werneck, en Autriche, a fait sur cet agent une suite d'observations qui proclament cette espèce d'efficacité. D'abord, dans la syphilis de fraîche date, il a fait prendre le deuto-bromure de mercure sous la forme de pilules, en commençant par un vingt-cinquième de grain. Il a augmenté cette dose de deux vingt-cinquièmes tous les deux jours. En même temps les altérations vénériennes étaient recouvertes de compresses imbibées d'une solution chargée de six grains de la même substance pour une livre d'eau distillée. Il a remarqué que les chancres prenaient déjà un meilleur aspect après quelques jours de traitement; vingt à trente jours suffisaient à leur entière cicatrisation. La quantité totale de deuto-bromure était de cinq grains. Rarement il fallait la pousser jusqu'à dix et vingt grains.

Une autre manière de faire prendre le deuto-bromure de mercure est de le donner en solution. On compose ainsi cette solution :

Deuto-bromure de mercure. . . . . six grains.
Eau distillée. . . . . une livre.

On commence par l'administrer à vingt gouttes, et l'on élève successivement jusqu'à deux cents gouttes. Des symptômes primitifs et consécutifs de la syphilis, tels que chancres, bubons, etc., n'ont pas résisté à cette manière d'administrer le deuto-bromure.

La meilleure forme sous laquelle on puisse faire prendre le deuto-bromure est une solution éthérée; on peut suivre la formule suivante :

Prenez : Deuto-bromure de mercure. . . . . un grain.
Éther sulfurique. . . . . un gros.

On prend tous les jours après le dîner dix, quinze, vingt gouttes de cette solution dans une petite quantité d'un véhicule quelconque, comme l'eau pure, la tisane d'orge, etc. Que les symptômes syphilitiques soient récents ou invétérés, les préparations de deuto-bromure que nous venons de proposer y réussissent également. On voit que, sous le rapport thérapeutique, ce composé jouit des mêmes vertus que le deutochlorure de mercure ou sublimé corrosif. Bien plus, s'il en faut croire les expériences que nous venons de rapporter, le deuto-bromure de mercure aurait encore sur le sublimé l'avantage de respecter pendant plus longtemps les organes de la salivation, et particulièrement d'attaquer moins vivement l'estomac et la poitrine.

En résumé, le proto-bromure de mercure agit comme le calomel; seulement il pousse plus fortement aux urines, et ne détermine pas

aussi aisément l'irritation des glandes buccales. Le deuto-bromure de mercure jouit aussi de toutes les propriétés du sublimé corrosif, si ce n'est qu'il n'offense pas comme lui l'estomac et la poitrine. B.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'OPHTALMIE VARIOLEUSE, ET DE SON TRAITEMENT DANS SES DIVERSES PÉRIODES.

S'il est encore des médecins assez rétrogrades pour nier les avantages immenses et les bienfaits de l'inoculation du vaccin, je les engagerai à lire avec soin les Tables statistiques faites en Angleterre, en Allemagne, en Prusse, en Russie, sur l'influence de la petite vérole comme cause générale de cécité; qu'ils les comparent, ces Tables, à celles dressées depuis l'importante découverte de Jenner; et ils verront qu'avant cette époque sur cent cas de cécité, il y en avait trente-cinq qui reconnaissaient pour cause la variole, ses suites ou ses conséquences. Aujourd'hui, au contraire, dans les pays où une stupide ignorance ou un coupable fanatisme ne font point rejeter la précieuse découverte du philantrope Anglais, la cécité produite par la variole se réduit à peine à 3 sur 100. S'il restait encore quelques doutes à ces hommes qui marchent au rebours de leur siècle, je leur dirais : transportez-vous dans l'asile royal des Quinze-Vingts, visitez avec soin ces intéressants jeunes aveugles de la rue Saint-Victor, et vous ne sortirez point de ces deux maisons sans avoir acquis la conviction de tout ce que je viens d'avancer.

S'il est vrai que la syphilis nous fut importée d'Amérique, nous avons en retour porté la petite-vérole dans ce pays, funeste représaille, qui a malheureusement bien compensé la triste importation que nous lui reprochons sans cesse.

Mon ami Herbceert avait constaté dans son voyage en Amérique, que le plus grand nombre des aveugles l'étaient par suite de la petite-vérole, et lorsqu'il se décida à visiter l'Égypte, d'où il ne devait plus revenir, il m'écrivait : « La peste n'est rien : un des plus grands fléaux de l'Égypte est la petite-vérole; partout je trouve et ses affreux stygmates et ses déplorables résultats. Si on ne l'arrête point dans ses ravages, plus de la moitié de l'Égypte sera aveugle, pour peu que les sinistres de cette maladie viennent se joindre à ceux de l'ophthalmie égyptienne, qui a fait tant de victimes, ainsi que l'avait déjà constaté mon illustre de-

vaneier Volney. » Il n'y a rien d'exagéré dans eette appréeiation, et tout médeein qui aura observé avec soin la brusque invasion de l'ophthalmie variolique, la promptitude de sa marehe, son effrayante terminaison, sentira eombien Herbeert était fondé dans ses eonsidérations.

Je ne m'arrêterai point ici à faire la symptomatologie primitive de l'ophthalmie variolique : elle débute en général par une eomjonctivite analogue à eelle qui se développe pendant ou après toutes les affeetions exanthématiques, dc quelque nature qu'elles soient; ainsi, pour moi, le début des affections conjonetiviennes eoïncidant avee les éruptions searlatineuscs, érésypélateuses, rubéoliques, morbilleuscs, varioleuses enfin, sont toutes identiques au début; toutes eommeneent par une légère rougeur de l'organe, par un sentiment de picotement ou de prurit fort incommode; toutes enfin ont une injeetion identique qui ne varie que par l'intensité, l'étendue et la coloration; toutes sont aeeompagnées de plus ou moins de larmoiement, de sensations de eorps étrangers entre les paupières, toutes enfin, après quelques jours, seerètent plus ou moins de mucosités, et sont suivies de photophobie à un degré variable, et se eoordonnant presque toujours avee l'intensité des symptomes inflammatoires.

On a donc affaire iei à une simple ophthalmie catarrhale, dont les effets sout immédiatcment liés à l'état de la peau; sympathie qui offre une grande influence sur le traitement, et dont un de mes élèves, le doeteur L. Bonjean, a parfaitement fait ressortir les avantages dans un mémoire qu'il a présenté à la Société de médecine pratique de Paris. J'ai dû entrer dans tous ees détails, pour prémunir les pratieicns conseieneieux et de bonne foi, eontre quelque-unes de ees elassifications absurdes, importées d'outre-Rhin, dont le moindre défaut est de créer des types imaginaires, fondés sur des caraetères d'autant plus illusoires, qu'ils varient eomplétement d'individu à individu. L'ophthalmie variolique ne diffère done des autres ophthalmies, dites exanthématiques, que paree qu'elle transmet à la eonjonetive la funeste propriété de se eouvrir de pustules varioleuses. Or, si l'on a étudié l'aetion d'une seule pustule sur la peau, on peut appréeier, à première vue, tout ce qu'il y a de périlleux dans la génèse d'un bouton variolique sur l'œil et ses annexes. Aussi, pendant que la médeeine est restée speetatriee impuissante d'une affection aussi grave, il a été bien rare de voir un œil atteint de eette maladie en éehapper. C'est done à M. Serres que l'humanité est redevable d'un moyen sûr d'arrêter dans tous les cas le développement de l'ophthalmie varioleuse. Grâees à lui, j'ai sauvé tous les yeux variolés pour lesquels j'ai été eonsulté en temps utile; et la méthode ectrotique est à mes yeux une des plus belles découvertes modernes. En effet, il

ne s'agit que de surveiller avec soin les yeux des varioleux, pour arrêter immédiatement la marche de la maladie, et la faire avorter. Si du reste on ne veut point employer cette méthode comme générale pour le traitement abortif de l'éruption, on peut toujours, dans tous les cas, préserver l'œil et ses dépendances de l'infection, en raison de la localité sur laquelle on opère ; il faut employer un procédé spécial de cautérisation, sur lequel je me suis déjà étendu, il y a quelques années ; mais qui est trop important pour ne pas trouver de nouveau sa place ici.

Toutes les fois qu'après les symptômes généraux qui annoncent une fièvre éruptive, l'on reconnaît des boutons présumés varioliques, il faut se hâter de les cautériser ; le médecin ne doit point se borner à une inspection fugace, il doit, au contraire, porter une attention toute particulière sur la conjonctive, et surtout sur les paupières. Je dois entrer à cet égard dans quelques explications.

Bien que moins susceptibles d'être altérées par les pustules varioliques, les paupières en subissent assez souvent l'influence; celle-ci se manifeste surtout par un gonflement érésypélateux, qui a pour résultat inévitable d'augmenter considérablement le volume de ces voiles mobiles, et de mettre le médecin dans l'impossibilité de les écarter pour voir ce qui se passe au-dessous. Par le fait de cette seule circonstance, l'on perd tout moyen d'investigation, et s'il se manifeste des pustules varioleuses sur l'œil, à coup sûr il deviendra impossible de leur appliquer la médication ectrotique destinée à les faire avorter. Alors, si la pustule se développe sur la cornée ou dans son pourtour, elle acquerra en peu de temps le volume d'une lentille, elle s'entourera d'un cercle inflammatoire énorme, le liquide hyalin qu'elle contenait dans son principe deviendra trouble, purulent, il creusera de toutes parts pour se faire jour; et lorsque cette terminaison aura lieu, quatre-vingt-quinze fois sur cent, la cornée aura été percée, l'humeur aqueuse évacuée, et sa sortie accompagnée de tous les accidents qui accompagnent ordinairement les lésions de cette nature: si l'œil ne se vide pas, ne suppure pas même, il restera impropre à la vision; trop heureux encore le malade, s'il peut trouver plus tard dans les moyens chirurgicaux une faible, bien faible compensation à ses malheurs. Combien de fois n'ai-je pas vu des accidents de cette nature, sans que les médecins ou les assistants les eussent même présumés : les paupières tuméfiées ferment complétement la fente palpébrale, et lorsque j'écartais forcément leurs bords libres, il sortait du pus en quantité; phénomène que l'on observe aussi fort souvent dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Il reste donc convenu que le médecin visitera plusieurs fois dans la journée l'œil et ses pourtours, et qu'aussitôt qu'il observera une pustule variolique à son début, il s'empressera d'en

ouvrir la pointe avec des ciseaux très-fins, et d'y appliquer l'extrémité d'un petit pinceau à miniature imbibé de nitrate d'argent fondu. On arrive encore plus vite au même résultat en se servant d'une petite aiguille cannelée en or, et chargée de caustique.

Quand il s'agit de réprimer un bouton de la conjonctive, surtout dans la région précornéenne, il faut agir avec une précaution extrême, afin de borner l'action de la cautérisation au seul point malade; pour cette raison il faut immédiatement injecter dans l'œil un peu d'eau tiède, et même du lait : afin de rendre cette double opération beaucoup plus prompte, je l'ai réduite à deux seuls temps, comme il suit :

On ajoute à une seringue d'Anel un petit fil d'argent placé en forme de baïonnette sur l'extrémité libre de cet appendice; l'on appose un petit pinceau à miniature sursaturé de nitrate d'argent; d'un autre côté, la seringue est remplie de lait tiède, et on la saisit avec les deux premiers doigts de la main et le pouce, comme si on voulait faire une injection des points lacrymaux; d'une main on écarte les paupières, et de l'autre l'on présente à la pustule la pointe du pinceau nitraté; et aussitôt que l'effet de cautérisation est produit, on pousse le piston, et l'on projette sur la partie cautérisée un jet de liquide, qui non-seulement entraîne les particules de l'agent chimique non combinées avec les tissus, mais encore produit un effet calmant sur la partie cautérisée. Depuis longtemps je me sers de ce petit appareil, et M. le docteur Labat, à qui je l'ai communiqué il y a bien des années, n'a pas tardé à en reconnaître la bonté et l'efficacité.

Par les moyens que nous venons d'indiquer, on arrête toujours les progrès de l'ophthalmie varioleuse, en ce qui concerne la formation des pustules; les symptômes généraux et inflammatoires se traitent par les saignées générales et locales, selon l'intensité de la maladie et le tempérament du malade.

Malheureusement le praticien n'est pas toujours appelé à temps, et souvent à peine est-il en présence du malade, qu'il apprécie du premier coup d'œil et le danger de sa position, et l'insuffisance des moyens pour le combattre. Dans ces cas-là il faut se borner à empêcher que le malade ne perde complétement les yeux; et pour cela il faut souvent écarter les paupières avec soin pour faire écouler le pus : l'on injecte entre les paupières de la liqueur styptique de Bath, de la solution de nitrate d'argent.

Ces injections astringentes et détersives diminuent immédiatement la sécrétion purulente, et bornent presque toujours le progrès ulcératif; ces injections sont réitérées plusieurs fois par jour; dans l'intervalle on applique sur les paupières une couche fort épaisse d'onguent napolitain;

et mieux encore on les recouvre avec de l'emplâtre de Vigo, *cum mercurio*, étendu sur une peau très fine. Quelques médecins de la Nouvelle-Orléans prétendent obtenir le même résultat de l'application de l'huile d'olive; mais je préfère, comme plus sûr, les moyens dont je viens de parler.

En général, les individus traités par l'application de l'onguent de Vigo ne conservent aucune cicatrice vicieuse, et à peine la peau porte-t-elle les traces de l'éruption variolique.

Lorsque la maladie est arrêtée, il reste souvent sur le bord des paupières un petit boursouflement de la conjonctive, qui finit presque toujours par se durcir, se recouvrir d'un léger épithélium, en constituant un petit cercle rouge difficile à guérir, désagréable à voir, et qui constitue une affection vulgairement connue sous le nom de *yeux bordés de rouge*. Lorsque la maladie est arrivée à un état assez chronique pour supporter des remèdes astringents ou escharrotiques, on touche le rebord des paupières avec un petit pinceau imprégné de la pommade suivante :

Prenez : Moelle de bœuf fondue. . . . . une once.
Extrait de suie de bois. . . . . un scrupule.
Onguent citrin. . . . . douze grains.
Huile blonde de foie de morue. . . . . deux scrupules.
Mêlez.

Lorsqu'il reste des taies et nuages de la cornée sans suppuration, on les traite par les moyens ordinaires, et surtout par l'usage des huiles animales combinées, dont j'ai déjà parlé dans ce recueil.

Carron du Villards.

DE L'EMPLOI DE LA COMPRESSION DANS QUELQUES CAS DE GANGRÈNE SPONTANÉE.

La compression a été mise en usage contre des affections redoutables, trop communes chez les personnes du sexe : nous voulons parler des tumeurs cancéreuses des mamelles. On sait le brillant parti que M. Récamier a su tirer de cette méthode thérapeutique, et que, grâces à son appareil de compression, des glandes mammaires affectées d'une manière non équivoque de tumeurs squirrheuses, et même d'ulcères cancéreux, ont été souvent guéris. Les faits de cette espèce et le mode de traitement appliqué par ce médecin sont consignés dans un ouvrage sur cette matière, auquel tous les praticiens peuvent recourir. Il n'est pas question ici de la compression dans les circonstances de ce genre, il s'agit d'une

extension heureuse de ce procédé curatif à une maladie non moins grave, et peut-être encore plus difficilement guérissable, nous voulons parler de la gangrène spontanée. Tous les praticiens savent très-bien que, n'en déplaise aux idées systématiques qui font provenir les escharres gangreneuses d'une inflammation préalable, il existe certainement des gangrènes indépendantes de cette cause, et qui éclatent spontanément sur certains points, font des progrès irrépressibles, et entraînent définitivement la mort. L'amputation, à laquelle on recourt contre cette sorte de gangrène, ne l'enraie pas aussi facilement qu'elle le fait lorsque la gangrène est accompagnée d'un appareil d'inflammation locale; nous devrions dire que cette pratique extrême ne réussit même presque jamais, puisqu'on ne manque guère de voir la mortification envahir les points où le fer du chirurgien a séparé le mort du vif. Les ressources les plus précieuses sont puisées dans la médecine interne : heureux quand on réussit encore dans ces cas.

Parmi les gangrènes que nous signalons dans cet article, on trouve d'abord celles qui surviennent par l'affaiblissement graduel des tissus, la gangrène sénile; celle par l'usage du seigle ergoté, celle enfin qui naît absolument sans cause extérieure et par une action véritablement spontanée. Parmi ces d'espèces de gangrènes qu'une inflammation antérieure n'a pas produites, toutes ne se prêtent pas avec un égal avantage au traitement par la compression. La gangrène par le seigle ergoté, par exemple, dépend d'une cause spécifique, qu'il faut se hâter d'expulser avant de songer à arrêter ses progrès; la gangrène sénile paraît presque toujours au-dessus de toutes les ressources, faute de trouver dans les forces vitales le point d'appui indispensable aux médicamens les plus actifs. La gangrène qui naît comme une espèce de dépôt de métastase ou de crise, après un trouble fébrile, est symptomatique de ce trouble, et se limite dès qu'on a eu le bonheur de trouver le remède de l'état morbide primitif. Reste une dernière sorte de gangrène, c'est celle qui succède à la faiblesse graduelle de quelques organes, quand, d'ailleurs, l'état général des forces est satisfaisant. C'est d'un cas de ce genre que nous allons nous occuper; il a été observé par un chirurgien très-connu de la Grande-Bretagne, par le docteur Spender; toutes ses circonstances méritent de fixer l'attention de la pratique, soit pour reconnaître du premier coup, parmi les espèces diverses de mortifications partielles, celle qui indique la compression comme principal remède, soit pour être bien au courant du procédé convenable dans l'application de ce moyen.

Une dame, âgée de soixante ans, souffrait depuis cinq semaines d'une affection aiguë du foie; elle était très-bien, lorsque le gros orteil du

pied gauche fut frappé de mortification. Le mal suivit une marche très-rapide. Le dos du pied se gonfla et s'enflamma spécialement dans la direction d'une ligne partant de la jonction du premier et du second orteil, et s'étendant graduellement en-dehors; le mal allait en diminuant vers le coude-pied et la malléole externe. Le second orteil était froid, livide, et presque insensible; le troisième était décoloré, mais sensible; les quatrième et cinquième étaient moins décolorés et plus sensibles. Le siége principal de la gangrène était le gros orteil. Il offrait une escharre circonscrite, de l'étendue et de la forme d'une pièce de cinq sous, derrière la racine de l'ongle; toutes les parties environnantes étaient livides et insensibles; mais ni l'épiderme ni l'ongle n'étaient détachés : trois ou quatre jours après, ces symptômes envahirent rapidement les autres orteils et le reste du pied. Au milieu de ce désordre, la santé générale était assez bonne. A l'examen du membre, M. Spender le trouva considérablement engorgé par un fluide accidentellement déposé dans le tissu cellulaire sous-cutané. Présumant que cet état de la jambe pouvait être sinon la cause, au moins une complication fâcheuse par l'obstacle qu'il opposait à la circulation de ce membre, ce chirurgien appliqua d'une manière très-serrée une bande de flanelle, depuis la racine des orteils jusqu'au genou; après ce pansement, la malade passa une meilleure nuit. Le lendemain, le gonflement du membre avait diminué, et le travail destructeur s'était borné. On prescrivit une décoction de quinquina, du bon vin, et une alimentation substantielle; en même temps le bandage fut serré plus fortement, et on mit deux bandes l'une sur l'autre, afin que le membre fût plus chaud, et que la compression portât plus également sur la totalité. L'amélioration fut si marquée par la continuation de ce traitement, qu'après une semaine la jambe était revenue à son état naturel, que la phlogose gangréneuse du dos du pied avait disparu, que le second orteil et le reste du pied avaient repris leur couleur, leur chaleur et leur vitalité, et qu'enfin la mortification s'était bornée au gros orteil; la ligne de démarcation ordinaire était fortement prononcée entre cet organe et les parties saines. Dans l'intention alors de favoriser l'élimination des escharres, on applique un cataplasme émollient, et l'on suspend la compression. Deux jours après, les mêmes symptômes de froid et de mortification progressifs reparaissent et menacent de marcher avec une rapidité effrayante. A la vue de cette recrudescence, M. Spender reprend l'usage du bandage compressif; bientôt après l'amélioration précédente s'établit de nouveau, la gangrène se fixe encore sur le gros orteil. Une seconde fois on a essayé du cataplasme émollient, et de la suppression de la compression : et les mêmes signes de gangrène se sont déclarés; enfin, par la

continuité des moyens dont on s'était si bien trouvé, les parties mortes se sont détachées, et la cicatrisation s'est opérée.

Dans le cas que nous venons de rapporter aucune affection adynamique n'avait déterminé cette gangrène; celle-ci n'était pas plus produite par les progrès de l'âge, puisque les forces vitales de la femme étaient assez conservées, quoiqu'elle fût arrivée à soixante ans. Aucune cause spécifique n'explique d'ailleurs cette mortification partielle; en un mot, avec quelques soins qu'on analyse les circonstances anamnestiques ou actuelles de cette altération locale, on ne trouve rien dans le passé qu'une affection du foie dont la malade venait d'être guérie; et dans le présent, qu'une accumulation de liquide séreux ou un engorgement passif du membre affecté. Le véritable point de départ de la gangrène de ce sujet n'était autre que cet engorgement même qui, outre l'obstacle qu'il opposait au retour du liquide dans la masse de la circulation, frappait d'adynamie le membre engorgé par le même mécanisme qui fait naître la gangrène aux extrémités les plus éloignées du centre circulatoire dans l'anasarque des personnes faibles ou âgées; en sorte qu'ici on rencontre deux causes des escharres, l'une générale, c'est la débilitation de la malade, tant par suite de la maladie antécédente que par son âge assez avancé; l'autre, locale, c'est la pression mécanique des vaisseaux par la matière de l'engorgement du membre malade, et l'action stupéfiante de la sérosité accumulée. Ces causes séparées étaient trop peu actives pour la produire; mais en se combinant ensemble, elles ont acquis le degré d'intensité qu'il leur fallait. Le traitement employé justifie sur tous les points cette étiologie.

Si l'on s'était contenté d'administrer les toniques et les excitants, sans attaquer directement l'engorgement séreux du membre abdominal, il est probable qu'on aurait échoué; on n'aurait pas eu plus d'avantages probablement, si l'on s'était borné à traiter localement l'infiltration de ce membre, sans s'occuper de l'état général du sujet. M. Spender a très-bien compris la nécessité de mener de front ces deux indications curatives : il y a satisfait en donnant d'une part un bon régime, la décoction de quinquina et un vin généreux, et en combattant d'une autre part l'infiltration de la jambe par la compression. Le succès a suivi de près cette médication rationnelle, car au bout de quelques jours l'escharre gangreneuse a été limitée. Il est vrai que les symptômes de mortification se sont reproduits à deux reprises différentes; mais on a remarqué que c'est précisément lorsqu'on a dévié de la première ligne de conduite, c'est-à dire lorsque, tout en obéissant à l'indication suggérée par l'état général, on a discontinué la compression pour la remplacer par une application émolliente sur le siége du mal. L'amélioration a repris aus-

sitôt après qu'on est revenu à la compression locale, et c'est exclusivement sous l'influence de ce procédé concurremment avec l'ingestion des toniques et des excitants que la séparation des escharres s'est effectuée, et que le sujet a été guéri. Nous remarquerons, relativement à la manière d'employer la compression, que celle-ci a été assez forte et telle qu'on la pratique dans les infiltrations ordinaires des membres; elle a été aussi comme dans ces derniers cas, égale et uniforme. Cette condition d'uniformité est capitale : si elle avait été inégale, il eût été à craindre de voir apparaître des taches gangreneuses analogues à celles du gros orteil, partout où les chairs auraient été étranglées. En résumé, l'observation précédente suggère un moyen de traitement efficace, dans tous les cas de gangrène qui se déclarent par suite de l'accumulation et de la stase des fluides lymphatiques; et ce moyen de traitement c'est une compression assez forte pour soutenir et activer le cours de ces fluides, et assez égale pour prévenir tout étranglement. Indépendamment de ce traitement local, on aura les yeux sur le caractère général des forces, afin d'aider, par une excitation convenable, l'action particulière de la compression. T.

CONSIDÉRATIONS SUR LA TRANSPARENCE DES HYDROCÈLES POUR SERVIR A LA THÉRAPEUTIQUE DE CES AFFECTIONS.

L'on a beaucoup parlé du défaut de transparence de l'hydrocèle et l'on a recherché les circonstances auxquelles ce défaut peut tenir. Pott avait été beaucoup trop loin lorsqu'il avançait que ce signe de transparence est purement accidentel, et qu'il doit peu arrêter les chirurgiens; il y attachait beaucoup trop peu d'importance et semblait le croire assez rare pour que l'on dût fonder son diagnostic sur les autres symptômes exclusivement. Sans doute la transparence n'existe pas toujours, et cela dépend soit de la couleur foncée ou du trouble du liquide, soit de l'épaississement de la tunique vaginale, soit enfin de l'interposition d'un corps opaque entre la collection aqueuse et la peau du scrotum, par exemple, une ecchymose du tissu cellulaire sous-cutané, une hernie, des tumeurs enkystées développées dans l'épaisseur des bourses, etc., etc.

Dupuytren pensait que la transparence pouvait, dans quelques cas, n'être qu'une illusion, c'est-à-dire que la tumeur, quoique ne laissant point passer les rayons lumineux, l'œil de l'observateur recevait l'impression de la lumière placée derrière elle; une suite de réfractions peuvent, d'après cet habile chirurgien, amener les rayons à la périphé-

rie de la tumeur où le peu d'épaisseur des tissus les laisse passer : j'avoue que jamais je n'ai pu me rendre compte physiquement d'un pareil phénomène et que je n'ai jamais pu concevoir comment il pourrait arriver que l'on crût à la transparence de la tumeur quand elle n'existe pas : mais cette transparence est tantôt des plus apparentes, à ce point que, la tumeur étant placée entre le jour qui vient d'une croisée et le chirurgien, elle est évidente; la tumeur doit être assez volumineuse pour qu'il en puisse être ainsi. D'autrefois, et c'est le cas le plus ordinaire, il faut employer la lumière d'une bougie; il faut souvent se placer dans une obscurité profonde et chercher avec soin la position et l'éloignement les plus convenables du foyer lumineux, ainsi que de l'œil. Combien d'hydrocèles que l'on a dites non transparentes et qui l'eussent été si l'on eût pris toutes les précautions convenables : il faut pourtant reconnaître qu'il est des tumeurs de cette nature, complétement opaques. Le cas devient souvent alors épineux, tout en tenant compte des moyens de diagnostic donnés par tous les auteurs, par Pott et Delpech en particulier.

Dans le service de M. le professeur Velpeau, fut couché, au n° 44, un marchand de vins, âgé d'une quarantaine d'années, lequel avait été opéré par Boyer, il y a sept ou huit ans, d'une hydrocèle droite, par simple ponction, je crois. Cette tumeur s'était reproduite quelque temps après; elle augmenta de volume, et, lorsqu'il est entré dernièrement à l'hôpital de la Charité, son volume était tel que les deux mains n'en recouvraient pas entièrement la surface; on retrouvait facilement tous les caractères d'une tumeur aqueuse, parvenue à ce grand volume; mais la transparence manquait complétement; M. le professeur Velpeau voulut bien me faire constater ce fait, qu'il pensait tenir au mélange d'une certaine quantité de sang avec la sérosité, ce qui pouvait dépendre de frottements ou de contusions, auxquels le malade se trouvait souvent exposé dans sa profession, quoique cependant il n'eût lui-même aucun souvenir que sa tumeur eût pu éprouver aucune violence. L'opération fut pratiquée; la ponction donna issue à une sérosité fort claire, entraînant avec elle deux ou trois petits grumeaux, qui pouvaient être aussi bien un peu d'albumine coagulée que des parcelles de fibrine; M. Velpeau, voyant le liquide aussi clair que dans les cas les plus ordinaires, témoigna le regret de n'avoir pas recherché, au moment de l'opération, si la tumeur était ou n'était pas devenue transparente; le liquide évacué, les enveloppes des testicules semblaient assez épaisses, mais elles ne paraissaient point l'être assez pour être certain que là se trouvait la cause de l'opacité.

La couleur foncée ou le trouble du liquide d'une part, d'une autre,

l'épaisseur ou l'altération des parois de la poche qui contient le liquide, et la présence, comme nous l'avons dit tout à l'heure, d'un corps opaque, sont les causes auxquelles on attribue le défaut de transparence. Mais d'abord quelles sont les circonstances capables de troubler le liquide ? 1° Le liquide contenu dans une hydrocèle est généralement limpide ; dans le principe pourtant il peut être troublé primitivement. Lorsque l'hydrocèle résulte d'une violence extérieure, d'un froissement violent de la bourse, ce qui est assez rare, il est vrai, le liquide épanché peut être mêlé à du sang ; pendant les premiers jours il n'offre point de transparence.

Un jeune homme de mes amis reçut un coup de pierre sur la bourse droite ; une douleur vive en résulta, et, huit ou dix heures après, quoique la douleur eût diminué, il survint du gonflement, la tumeur était arrondie, égale, uniforme, la peau avait conservé sa couleur naturelle, il n'y avait pas de traces d'ecchymose ; la tumeur, après quarante-huit heures, avait acquis le volume d'un petit œuf ; il n'était pas possible de la comprimer pour rechercher s'il y avait de la fluctuation, et reconnaître l'état des parties ; mais, au quatrième jour, la sensibilité ayant diminuée, l'on put reconnaître la fluctuation particulière à ces tumeurs ; le testicule existait évidemment à la partie postérieure et inférieure, avec son volume à peu près normal : recherchée avec le plus grand soin, la transparence était nulle, la peau du scrotum était fort souple, et pouvait être bien tendue sur la tumeur, que l'on croyait sentir immédiatement au-dessous d'elle ; on n'apercevait aucune trace d'ecchymose, toutes circonstances favorables pour apprécier la transparence, si elle eût existé ; j'annonçai que la tumeur était un hématocèle ou un hydro-hématocèle, dont le siége me semblait se trouver, dans les deux cas, dans la tunique vaginale, en raison de la forme de la tumeur, de la situation du testicule, de la rénitence et de l'égalité de la surface de la tumeur. Les répercussifs furent mis en usage aussitôt après l'accident ; au bout de douze jours, la tumeur avait encore son volume ; elle conservait de la sensibilité, je crus devoir employer les émollients, mais j'eus la pensée d'examiner de nouveau la tumeur avec une bougie, et je la trouvai, à ma grande surprise, complétement et parfaitement transparente ; la sensibilité diminua et la tumeur se dissipa peu à peu : trois semaines ou un mois après l'accident, il n'existait plus de traces du mal. On ne saurait douter que ce fût du sang qui se trouvait mêlé à de la sérosité, peut-être n'était-ce même d'abord que du sang pur, l'exhalation de la sérosité ne se serait faite qu'après. Dans les cas d'engorgement inflammatoire du testicule, par suite d'une urétrite aiguë, il se fait dans la tunique vaginale une exhalation de sérosité peu abondante, quelquefois

pourtant assez considérable. Quelques chirurgiens ayant l'habitude de faire une ponction de très-bonne heure, pour évacuer le liquide, j'en ai vu sortir de la sérosité trouble, lactescente, quelquefois assez visqueuse, quoique souvent très-fluide : la transparence, dans ces cas, doit être incertaine.

2° L'on voit assez souvent dans les hydrocèles anciennes le liquide devenir trouble et prendre quelquefois une couleur brunâtre.

3° Il n'est pas très-rare d'observer cette couleur brune, ou seulement de l'opacité, en même temps qu'une grande viscocité du liquide, dans les hydrocèles enkystées.

C'est une chose assez commune qu'une hydrocèle qui a été transparente pendant un long temps devienne opaque à l'occasion de frottements ou de contusions de la partie, alors est-ce le liquide, ou les parois de la poche, ou les enveloppes extérieures qui sont le siége de la cause de cet obscurcissement?

Des causes d'irritation peuvent déterminer dans la poche de l'hydrocèle un travail inflammatoire chronique, qui en augmente l'épaisseur, y produit une altération de texture qui s'oppose au passage de la lumière. Les frottements peuvent donner lieu à une ecchymose sous-cutanée qui produira le même résultat, mais, ce que l'on n'a pas assez dit, c'est que toutes ces causes, ou d'autres encore, peuvent produire un épanchement de sang, qui se mêle à la sérosité et la trouble.

Quelques jours après que j'eus observé ce malade du service de M. Velpeau, je fus appelé à Boulogne, près Paris, pour voir le jeune fils d'un marchand de bois, lequel enfant j'avais opéré déjà d'une hydrocèle gauche, il y a environ six années.

Je trouvai du côté opposé, c'est-à-dire à droite, une tumeur oblongue, ovoïde, du volume d'un gros œuf, dure, d'une couleur rouge vif, fort douloureuse au plus léger contact; la tumeur se prolongeait dans l'anneau et dans le canal inguinal, son poids était assez grand, pour éloigner l'idée absolue d'hydrocèle. La transparence de la tumeur, recherchée avec soin, manquait entièrement; le médecin ordinaire du malade, M. le docteur Lucas, constata le fait : or voici la marche qu'avait suivie le mal : Le jeune malade portait, depuis assez longtemps (cinq ou six mois), une petite tumeur au niveau de l'orifice de l'anneau inguinal, elle avait le volume d'une petite noix, le malade n'en parla à personne, il n'en était nullement incommodé, mais à la suite d'une promenade il ressentit quelques douleurs; celles-ci augmentèrent pendant quatre à cinq jours, et dans la nuit quelques jours auparavant, les douleurs devinrent beaucoup plus vives, et le lendemain il trouva dans le scrotum une tumeur six ou huit fois plus grosse

qu'elle n'était auparavant, elle descendait beaucoup plus bas, était rouge et fort douloureuse. Il se décida à en parler. Je fus aussitôt appelé. J'ai dit l'état où je trouvai la tumeur : ainsi, accroissement subit et descente dans le scrotum d'une tumeur qui existait à l'anneau depuis plusieurs mois, tension considérable, dureté de la tumeur, rougeur et extrême sensibilité, poids assez considérable, absence de transparence, n'était-ce point une hernie ? Pourtant aucun accident du côté des voies digestives, point d'envies de vomir, point de hoquet, point de constipation, la pression sur le ventre, qui était souple, ne développait aucune douleur; j'obtins du malade qu'il me laissât examiner avec soin le pli de l'aine, ou mieux le trajet du canal inguinal, je pus alors m'assurer que la tumeur finissait vers le milieu de la longueur de ce canal, qu'aucun prolongement, aucun pédicule, n'en établissait la continuité avec nul viscère de l'abdomen. Je fis tousser le malade, mes doigts ne reçurent pas cette impulsion qui indique la tendance à sortir de quelque organe intérieur, la tumeur n'en éprouvait aucun changement et *la douleur n'en était pas accrue*. L'existence antérieure d'une hydrocèle de l'autre côté, la forme très-régulière et allongée de la tumeur, le testicule distinct et isolé à la partie inférieure, (son volume était un peu augmenté, il était assez mou, comme enveloppé dans une couche de tissu cellulaire infiltré, ce que Pott et d'autres ont noté); les mouvements d'oscillation de la tumeur, lorsque, le malade étant debout, on la soulève et puis on la laisse retomber; je ne pus, à cause de la vivacité de la douleur, reconnaître si la percussion donnerait un son clair ou un son mat. (D'après Pott, dans les hydrocèles enkystées du cordon, le son est clair, comme si la tumeur était formée par une anse d'intestins distendus par un gaz.) Tous ces signes me firent prononcer qu'il existait une hydrocèle enkystée du cordon, laquelle s'était subitement accrue par la rupture du premier kyste, et se trouvait formée secondairement par la graine celluleuse propre du cordon. Par le fait de cette rupture, du sang s'était épanché et mêlé à la sérosité, ce qui rendait raison du défaut de transparence; j'annonçai qu'après quatre à cinq jours la transparence reparaîtrait par la résorption du sang et ne laisserait aucun doute sur la nature de la maladie. J'attachais une grande importance à ce retour de la diaphanéité, pour connaître la position du cordon testiculaire ; le testicule, occupant la partie tout à fait inférieure, ne pouvait rien indiquer sur le point où se trouvait ce cordon ; le trois-quart, si la ponction devenait nécessaire, pouvait tomber sur lui ; on avait déjà fait une application de sangsues à l'aine, je la fis renouveler, le malade fut mis au bain et l'on couvrit la tumeur d'un cataplasme émollient. Le troisième jour nous examinâmes

de nouveau la tumeur, qui n'était presque plus douloureuse au toucher, mais qui avait conservé tout son volume, et nous aperçûmes la *transparence*, mais point encore parfaite ; trois jours encore après la tumeur ne diminuant nullement, la sensibilité ayant entièrement disparu, et pressé par les parents, je me décidai à pratiquer l'opération par injection. Dix jours après que j'avais été appelé auprès du malade, l'opération fut faite, mais avant de commencer nous examinâmes encore l'hydrocèle, qui nous offrit une *transparence parfaite*, et nous apprîmes ainsi que le cordon était couché sur le côté antérieur de la tumeur, dans le point où la ponction est généralement pratiquée ; je plongeai alors le trois-quart au côté externe ; de la sérosité parfaitement limpide s'écoula, et j'achevai l'opération comme à l'ordinaire ; je ne fis que deux injections, ayant soin de ne pas trop forcer, et faisant comprimer le canal inguinal, pour plus de sûreté, etc., etc. ; les douleurs furent très-vives dans les reins, mais le gonflement fut ce qu'il devait être, et la guérison a marché aussi bien qu'il était possible de le désirer ; la guérison fut complète au bout d'un mois.

De ce qui précède je puis conclure :

1° Contrairement à l'opinion de Pott, que la transparence dans les hydrocèles est un des signes les plus ordinaires et le plus important ;

2° Que cette transparence peut exister dans le principe et disparaître ensuite par l'ancienneté de la tumeur ou par du frottement et des contusions donnant lieu, soit à une ecchymose sous-cutanée, soit à un épanchement sanguin dans la collection liquide, soit à l'épaississement des parois de la poche ;

3° Que le liquide primitivement trouble peut devenir transparent après un certain temps ;

4° Qu'il est donc important de rechercher, à diverses époques de la maladie, si la lumière peut traverser la tumeur.

5° De ce qu'une tumeur des bourses est opaque, il n'en faudrait pas conclure qu'elle n'a pas été ou qu'elle ne redeviendra pas diaphane.

6° Au moment d'opérer une hydrocèle, il importe de rechercher la transparence, qui alors même qu'elle n'existait pas auparavant peut exister maintenant, et faire connaître la situation du cordon, chose essentielle.

7° C'est un signe important des tumeurs aqueuses des bourses que le mouvement d'oscillation que l'on obtient, en laissant retomber la tumeur, après l'avoir soulevée, le malade étant debout. Ph. RIGAUD.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR L'EMPLATRE SIMPLE.

Par E. Soubeiran.

Les rédacteurs du Journal de Pharmacie (1) ont reçu en même temps deux réclamations, toutes deux relatives au procédé de M. Gélis, pour la préparation de l'emplâtre simple par double décomposition. M. Reeb, pharmacien à Strasbourg, assure avoir reçu cette même formule du nord de l'Europe, et l'avoir communiquée à M. Henry, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, qui l'a publiée en 1836, dans le journal de M. Julia Fontenelle. En même temps M. Harvich, de Strasbourg, annonce qu'il a écrit à ce sujet à M. Virey, il y a déjà deux ans, en lui communiquant la formule de ce procédé, employé par les pharmaciens du Nord, chez lesquels l'huile d'olive est rare et d'un prix élevé. M. Harvich avait alors essayé cette préparation avec M. Henry; depuis, ce dernier eut l'idée de substituer le sous-acétate de plomb à l'acétate, et il obtint ainsi une plus forte quantité de produit. La formule est alors celle-ci :

Prenez : Savon blanc (en solution bouillante). . . . . 1 partie.
Sous-acétate de plomb (extrait de Saturne). . 1 partie.

Mêlez et malaxez l'emplâtre. Suivant la saison on ajoute des proportions variables d'huile d'olives.

Le but de ces réclamations était de faire constater qu'avant M. Gélis la préparation de l'emplâtre simple par double décomposition avait été formulée d'une manière positive par d'autres praticiens.

J'ai voulu vérifier par ma propre expérience la valeur relative de l'emplâtre obtenu, soit par le procédé de M. Gélis, soit par celui de M. Henry, et j'ai obtenu dans l'un et l'autre cas un emplâtre beaucoup plus sec que celui que fournit la méthode ordinaire. Quand on opère sur des masses un peu considérables, on s'aperçoit bientôt que ces nouvelles préparations n'ont ni l'une ni l'autre le degré de liant qui fait une des qualités de l'emplâtre simple La différence tient-elle à un changement dans la composition ? Je crois utile de rétablir celle de l'emplâtre ordinaire.

100 parties de graisse de porc, suivant M. Chevreul, donnent par la saponification :

(1) Voyez Journal de Pharmacie.

96 d'acide gras hydraté, ou
92,5 d'acide gras anhydre, qui contiennent
7,15 oxygène.

Ils prennent pour se saturer une quantité d'oxyde de plomb qui contient elle-même 2,86 d'oxygène, ou 40 d'oxyde de plomb, de sorte que si l'on voulait obtenir un sel neutre dans la préparation de l'emplâtre, il faudrait employer

100 axonge.
100 huile.
80 litharge.

On emploie réellement 100 de litharge ou un quart en sus de la quantité nécessaire pour neutraliser les acides gras. Je suppose ici que l'huile d'olives donne la même quantité et la même nature d'acides gras que la graisse de porc, et que le composé suit exactement le rapport de 2 d'oxygène dans l'oxyde et 5 oxygène dans l'acide, suppositions qui ne sont ni l'une ni l'autre rigoureusement exactes; mais les différences ne valent pas la peine d'être prises en considération pour le résultat général qu'il s'agit d'établir.

Ainsi l'emplâtre simple contient un quart d'oxyde de plomb de plus qu'il n'est nécessaire à la saturation des corps gras; l'emplâtre de M. Gélis est un sel neutre, tandis que celui de M. Henry contient sur ce dernier un excédant de moitié dans la proportion d'oxyde; mais ce n'est pas là qu'il faut chercher la différence de consistance des trois produits, car, en préparant par double décomposition un emplâtre avec l'acétate neutre de plomb dans lequel j'avais fait dissoudre le quart de l'oxyde de plomb qu'il contenait déjà, j'ai obtenu un emplâtre qui était tout aussi sec que celui de M. Gélis, que celui de M. Henry.

Une première cause qui influe sur la consistance de l'emplâtre, c'est la nature du corps gras qui sert à le préparer. Personne ne révoque en doute maintenant que si les oléines, les stéarines et les margarines des corps gras, ainsi que les acides qu'elles produisent à la saponification, ont de grandes analogies, elles ne sont pas parfaitement identiques, non plus que les composés salins auxquels elles peuvent donner naissance. Si, par exemple, on prépare l'emplâtre simple avec l'axonge seulement, le produit a un caractère de viscosité particulier. On ne peut le malaxer, dans les mains mouillées, sans qu'il s'y attache, bien que sa consistance en masse soit la même que celle de l'emplâtre fait avec l'huile et l'axonge. On s'explique aisément l'influence que peut avoir l'huile pour modifier avantageusement le savon d'axonge, et c'est en effet ce que l'expérience confirme sans qu'il soit nécessaire de porter, même à parties égales, la proportion d'huiles d'olives.

Si cette circonstance seule faisait la différence des deux emplâtres, on devrait, en se servant d'un savon de soude préparé avec parties égales d'axonge et d'huile d'olives, obtenir par double composition un produit tout pareil à celui du Codex : or, c'est ce qui n'arrive pas ; il s'en rapproche il est vrai davantage, mais il n'est pas encore identique.

J'ai voulu savoir alors si l'emplâtre simple ne contiendrait pas une portion de graisse à l'état de mélange. Il était tout naturel de penser que les oléostéarates neutres pouvaient dissoudre l'oxyde de plomb plus facilement que la graisse elle-même, auquel cas l'emplâtre simple serait un mélange de savon de plomb neutre, avec un savon basique et de la graisse non altérée. Cette formation présumée d'un sel basique recevait quelque probabilité de cette circonstance, que l'emplâtre est déjà blanc avant qu'il ait encore acquis la consistance requise. J'ai mis de l'emplâtre simple préparé directement, avec de l'éther pur ; il s'y est divisé avec une grande facilité. On voyait une matière blanche abondante et soyeuse troubler et épaissir la liqueur. Celle-ci a été filtrée, et la matière insoluble a été lavée un grand nombre de fois encore avec de l'éther pur. Ceci est le procédé de Gusserow pour séparer l'acide oléique des acides gras solides ; l'éther qui ne dissout pas des traces sensibles du stéaromargarate de plomb se charge, au contraire, de l'oléate avec une grande facilité ; mais, s'il y avait de la graisse libre, elle devait se trouver dans l'éther mélangée avec l'oléate de plomb. J'ai mêlé la dissolution éthérée avec de l'eau, et j'ai ajouté un excès d'acide sulfurique affaibli ; j'ai agité pendant quelques heures pour assurer la décomposition complète du sel de plomb ; alors l'éther a été évaporé ; il m'a laissé un résidu liquide qui m'a montré toutes les propriétés de l'acide oléique; il ne laissait rien déposer par un repos prolongé dans un lieu frais ; il se mélangeait en toutes proportions avec l'alcool à 0,87 densité ; et la dissolution, au bout de quinze jours, ne laissa déposer aucune trace de corps gras solide ou même d'oléine : cependant je supposais que cet acide liquide pouvait bien retenir de cette dernière substance, qui serait dissoute dans l'alcool à la faveur de l'acide oléique en excès ; après des tentatives infructueuses, je suis arrivé à en découvrir la présence par la méthode suivante : je faisais dissoudre l'acide oléique précédent dans l'alcool, puis j'ajoutais assez d'une dissolution de carbonate de soude pour saturer à froid ; alors je versais du muriate de chaux en excès, de manière à détruire bien certainement tout le carbonate de soude employé, puis j'évaporais tout l'alcool à une douce chaleur. Je lavais le savon de chaux qui restait avec de l'eau pour me débarrasser du muriate de chaux ; puis je le reprenais, soit par l'alcool bouillant, soit par l'éther; dans l'un et l'autre cas, et plus particulièrement

dans le premier, la liqueur laissait par l'évaporation une masse plus molle que l'emplâtre simple ordinaire; en la triturant à froid avec de l'alcool absolu, celui-ci laissait le sel de chaux et dissolvait l'oléine qui restait après l'évaporation.

Nul doute que cette présence de l'oléine n'explique la différence de consistance observée entre les emplâtres obtenus par la méthode directe ou par celles des doubles compositions. Elle produit ici tout naturellement l'effet que M. Gélis s'est préposé par l'addition des acides gras, et que M. Henry a rempli tout simplement avec de l'huile d'olives.

Remarquons que cette saponification non terminée de l'oléine, est le phénomène que l'on aurait pu prévoir théoriquement, puisque l'on sait que, dans la transformation des corps gras par des alcalis peu énergiques, c'est toujours la stéarine qui se saponifie en premier. S'il faut maintenant conclure sur le choix à faire des deux procédés de préparation de l'emplâtre simple, je me rangerai de l'avis des praticiens, qui donnent l'avantage à l'action directe des graisses sur l'oxyde de plomb, en me basant sur la difficulté que l'on éprouve à malaxer l'emplâtre obtenu par double décomposition, ainsi que l'a bien reconnu M. Boudet fils, et plus récemment M. Béral. Ce n'est pas que je veuille non plus rejeter absolument la méthode des doubles décompositions ; mais pour nous, pharmaciens français, qui nous procurons facilement les ingrédients nécessaires à cette préparation, je ne vois aucune raison pour changer ce procédé.

Je terminerai cette note par quelques observations sur la saponification par les oxydes de plomb. M. Henry, mon prédécesseur, a publié, à ce sujet, des observations intéressantes qui nous servent de règle encore. Parmi les résultats qu'il a obtenus, il en est un qui m'a toujours paru fort singulier, c'est la difficulté qu'il a éprouvée à saponifier les corps gras par le massicot. En répétant l'expérience, j'avais obtenu le même résultat; mais j'ai reconnu depuis que nous avions été l'un et l'autre induits en erreur, pour n'avoir pas prolongé l'opération pendant un temps suffisant. Le fait est singulier, et néanmoins très-vrai; le massicot demande, pour changer les graisses en emplâtre, beaucoup plus de temps qu'il n'en faut à la litharge; mais cette condition de temps étant remplie, on obtient aussi un emplâtre de bonne consistance. J'ai fait l'expérience, non plus avec le massicot souvent impur du commerce, mais avec l'oxyde de plomb que j'avais préparé en vases clos par la calcination de la céruse. La chaleur n'avait pas été poussée assez loin pour que l'oxyde entrât en fusion. Je m'assurai d'ailleurs qu'il ne contenait ni carbonate de plomb ni minium.

J'ai fait aussi quelques essais sur la saponification par le minium. J'ai

employé, à cet effet, du minium pur ($2\ Pb\ O,\ Pb\ O^2$), qui avait été privé de tout le protoxyde de plomb qu'il contient toujours; la saponification s'est faite, l'emplâtre a pris une bonne consistance, et n'a conservé qu'une teinte rose; mais l'opération a présenté cette particularité, d'exiger, pour être terminée, beaucoup plus de temps que n'en avait demandé le massicot lui-même. En opérant sur 100 grammes de minium pur, il ne m'a pas fallu moins de sept heures pour terminer l'opération. Une circonstance assez remarquable, c'est que l'opération, qui pendant plusieurs heures ne paraît pas avancer, prend une marche plus décidée et plus rapide, du moment que la masse commence à prendre une consistance visqueuse. On conçoit qu'en se servant de minium impur du commerce, qui contient, ainsi que M. Dumas l'a reconnu, jusqu'à 50 pour 100 de protoxide hors de combinaison, les phénomènes doivent être changés, et l'opération s'accélère. Cependant la patience a manqué aux opérateurs pour mener l'opération à fin. Ils ont toujours obtenu une masse trop molle; aussi ont-ils été obligés d'élever la proportion de cire dans les formules, où l'emplâtre de minium sert de base à la préparation.

La saponification des corps gras par le minium doit donner lieu à des phénomènes curieux, car il a fallu que le peroxyde de plomb se désoxydât pour entrer dans la nouvelle combinaison. Si on cherche à retirer la glycerine de l'eau qui baigne l'emplâtre, on la trouve mélangée avec une liqueur acide. Je n'ai pas suivi l'étude de cette réaction, qui n'est certainement pas dépourvue d'intérêt.

PRATIQUE.

De l'examen chimique de l'urine, pour constater la solution des maladies aiguës. — Les mouvements critiques indiqués par les auteurs anciens dans le cours des maladies aiguës ne sont probablement pas aussi illusoires que quelques pathologistes modernes ont semblé le croire. Mais, il faut en convenir, les changements de la nature de l'urine, sous l'influence de ces crises, ne sont pas toujours faciles à saisir; cela tient à ce qu'il faut un certain temps pour que la séparation des couches urineuses se fasse, et aussi à la difficulté de distinguer l'urine morbide de l'urine normale par le secours des seules propriétés physiques qu'elles présentent.

Après une longue suite de tentatives et de recherches, M. Martin Solon croit être parvenu à pouvoir reconnaître aisément, dans bien des

cas, en soumettant l'urine à quelques réactifs, si la fièvre typhoïde, si la pneumonie, si la pleurésie et quelques autres maladies aiguës entrent dans leur période de solution.

On sait que l'acide nitrique et le calorique ne produisent aucune modification appréciable dans l'urine normale récente. La nullité de ces réactifs est presque aussi constante sur l'urine des malades atteints d'affections aiguës, à leur état de crudité. Lorsque la solution se prononce, le calorique n'éclaircit point les troubles et les nuages spontanés qu'elle présente; mais elle rend souvent trouble et détermine quelquefois la formation de flocons dans l'urine, qui précédemment n'offrait que des nuages imperceptibles. L'acide nitrique agit plus rapidement: il éclaircit la plupart des urines troubles de la période de crudité des maladies; n'agit en aucune manière dans quelques cas, mais détermine le plus souvent, dans l'urine claire ou trouble des malades qui arrivent à la solution de leur affection aiguë, des nuages qui, tantôt sont *flottants* à la surface du liquide, tantôt restent horizontalement *suspendus* au milieu, et tantôt enfin sont, au moment de leur formation, *précipités* vers la couche inférieure. Ces nuages sont-ils formés de mucus ou d'albumine? Les caractères de ces deux corps, dont le premier est un produit de sécrétion organique, ne sont pas toujours assez tranchés, pour qu'il soit très-facile de résoudre la question. Cependant on peut dire que ces nuages diffèrent beaucoup du mucus bronchique et même de celui des voies urinaires; qu'ils présentent avec l'albumine des caractères communs nombreux, et qu'ils ont, surtout avec ceux que l'on obtient de mélanges de serum du sang et d'urine, l'analogie la plus frappante. Ainsi, la réunion de ces deux liquides, à dose différente, donne, par l'acide nitrique, les nuages flottants, suspendus ou précipités que nous venons de mentionner. Ces diverses circonstances ont fait penser à M. Martin Solon que la présence de l'albumine dans l'urine était la cause principale de la formation de ces nuages, et l'a déterminé à donner le nom d'*albuminurie critique* au phénomène séméiologique dont il est question.

Nous n'entrerons pas dans de plus longs détails sur ces résultats que M. Martin Solon doit faire connaître dans un mémoire qu'il va publier sur l'*albuminurie.*

Hernie étranglée réduite par la ventouse à pompe. — Nous avons consacré plusieurs articles à l'examen des diverses méthodes propres à réduire les hernies étranglées, et à éviter ainsi une opération des plus graves et que l'insuccès des tentatives de réduction rend néanmoins in-

dispensable. Parmi ces moyens, nous avons mentionné les ventouses, dont, dans ces derniers temps, l'on a avec bonheur et intelligence étendu les applications, au grand avantage de la chirurgie. Aux faits que nous avons rapportés nous joindrons le suivant, qui présente un grand intérêt pratique, car la ventouse appliquée sur la tumeur n'avait rien fait et la hernie fut réduite à l'instant par l'apposition de la ventouse sur l'anneau inguinal.

Une dame séxagenaire, atteinte d'une hernie inguinale étranglée, avait supporté depuis trois jours toutes les tentatives de réductions imaginables; toutes les méthodes avaient été sans effet; son état était des plus graves; les symptômes étaient des plus alarmans; il fallait employer les plus prompts secours. L'on était sur le point de pratiquer l'opération, lorsque le docteur Koeler eût recours à la ventouse à pompe. Une première application eut lieu sur la tumeur elle-même, qui était médiocrement sensible, et n'eut aucun effet. C'est alors que la ventouse fut mise sur l'anneau inguinal. A peine le vide fut-il opéré qu'à la grande surprise de ce médecin, la hernie rentra tout à coup et que tous les accidents cessèrent à l'instant et peu de temps après la malade fut librement à la garde-robe.

M. Koeler a obteuu des résultats aussi heureux au moyen de la ventouse à pompe appliquée sur le canal inguinal sur plusieurs autres malades atteints de hernies inguinales et crurales étranglées chez lesquels on avait employé en vain divers autres moyens.

Colique de plomb sur les animaux domestiques. — Borsieri a été le premier qui ait signalé l'action des émanations saturnines sur les animaux. Depuis lui, plusieurs autres auteurs ont reconnu que cette influence était incontestable. Le docteur Stockes a publié récemment dans un journal anglais (London med-and surgic-journal), une note intéressante sur ce sujet. En parcourant les pâturages de la colline de Scozia, qui se trouveut au voisinage d'une abondante mine de plomb, ce médecin a eu l'occasion d'observer des vaches, des chevaux, des moutons et des chiens, présentant les symptômes de la colique saturnine. Ces symptômes ont la plus grande analogie avec ceux qu'on trouve chez l'homme. Ainsi les vaches avaient une violente constipation avec suppression d'urine, et les coliques étaient tellement fortes que ces animaux entraient en fureur et couraient le pays à travers champs. Il a été calculé, dit-il, qu'un dixième de vaches mouraient dans la conpar suite de l'absorption du plomb.

Un des symptômes précurseurs les plus ordinaires est l'énorme gon-

flement du ventre, accompagné de douleur, et d'une constipation opiniâtre; la bouche est chaude et laisse échapper une bave épaisse; la sécrétion du lait est tarie comme cela a été observé chez les femmes atteintes de colique saturnine.

Le plomb détermine aussi chez ces divers animaux des convulsions épileptiques et la paralysie. Les chiens offrent presque tous dans cette maladie une excitation cérébrale : on les voit la bave à la bouche errer dans la campagne comme s'ils étaient hydrophobes ; mais ils sont complétement inoffensifs et ne mordent personne. Les poules cessent de pondre.

Cette maladie est guérie par les vétérinaires par des lavements purgatifs énergiques et par l'éloignement de la cause productrice. En présence de la cause, des symptômes et du seul traitement efficace de cette affection, dit M. Stockes, il est impossible de ne pas admettre un rapport incontestable entre elle et la colique des peintres chez l'homme.

Nouveau mastic pour les dents cariées.—Presque tous les habiles dentistes, considérant l'action irritante et l'influence du contact de l'air sur la carie pour en activer les progrès, ont mis à profit cette connaissance pour soustraire la cavité dentaire à son action, en interposant un corps métallique, tel que l'or, le plomb, l'étain, en feuilles très minces, et les tassant dans la cavité, quand la dent n'est pas douloureuse. A ces métaux l'on a substitué, avec raison, l'alliage fusible de Darcet qui, fondu dans la cavité, s'y refroidit et la remplit comme un moule, ou encore le mastic de M. O. Henry (1). Au moyen de cette oblitération l'on conserve les dents, quand la carie n'est pas trop avancée, pendant un grand nombre d'années; cependant il est beaucoup de personnes chez lesquelles l'action de la chaleur, du fer et la pression de la substance métallique sur le système nerveux dentaire produisent des douleurs constantes.

C'est dans ces cas que M. Taveau emploie avec avantage un nouveau ciment, qu'il appelle ciment oblitérique. Ce ciment est composé avec le sursulfate d'alumine anhydre et l'extrait alcoolique et éthéré du lentisque. L'on sait que cet arbre, de la famille des téréhinthacées (Pistacia lentiscus) croît principalement dans l'île de Chio, et fournit par incision le mastic. Cette composition agit comme le ciment hydraulique dans l'eau; elle durcit prodigieusement en quelques heures. Le lendemain de l'application, ce ciment est dans un état de siccité parfaite.

---

(1) Voyez tom. VI, p. 317.

Chute de la paupière supérieure. — M. Hunt, chirurgien assistant à l'institution de Manchester pour les maladies des yeux, a proposé un nouveau procédé contre la chute de la paupière supérieure, occasionnée par l'inertie du muscle élevateur. Il s'agit de remplacer l'action de ce muscle par celle du muscle occipito-frontal, qui, en relevant la peau des sourcils, concourt à la fonction du muscle élevateur. L'opération ordinaire, dans la maladie dont il s'agit, consiste à enlever un lambeau des téguments, dans l'unique intention de raccourcir la paupière. M. le docteur Hunt, d'après le but qu'il se propose, circonscrit différemment son lambeau; il pratique une incision supérieure immédiatement au-dessus de la ligne arquée du sourcil, et l'étend de chaque côté jusque vis-à-vis la commissure des paupières. L'incision inférieure est faite de manière à s'approcher plus ou moins du bord libre de la paupière; elle rejoint d'ailleurs l'incision supérieure à ses deux extrémités. Le lambeau circonscrit est ensuite emporté, et la plaie, immédiatement réunie au moyen de trois points de suture, est pansée à la manière ordinaire. Quand la cicatrisation est achevée, il en résulte que la peau de la paupière s'insère sous le replis intermédiaire à la peau des sourcils, qui s'élève sous l'influence de l'occipito-frontal; ce qui fait que la paupière est élevée par le même mouvement, et que l'élévateur propre est suppléé autant que possible. M. Hunt assure que l'ablation d'un si grand lambeau ne produit aucune difformité.

Nouveau fil pour les ligatures. — Le docteur J.-B. Brugnon indique un procédé particulier pour prévenir les hémorrhagies consécutives, qui arrivent assez souvent après la ligature ordinaire des artères. Voici ce procédé : prenez un fil de chanvre seul ou uni à quelques autres, selon la grosseur du vaisseau; faites le bouillir dans l'eau de savon, puis dans de l'eau pure pour lui donner assez de souplesse; roulez-le en pelote et battez-le avec un petit maillet de bois; vous aurez une ligature excellente, et qui n'aura pas besoin d'être cirée. Passez-la autour de l'artère et liez-là, soit avec un simple nœud, soit avec un nœud coulant. Ce nœud ne se desserre jamais. On ramène les bouts du fil en dehors, sans exercer de traction. Le médecin italien assure qu'il emploie ce procédé depuis trente ans, et qu'il a toujours eu à s'en louer.

Traitement du hoquet. — Le hoquet est souvent une affection essentielle que les médecins ont beaucoup de peine à réprimer. M. Short, médecin anglais, a trouvé un traitement efficace de cette affection dans l'application d'un vésicatoire au cou, vers l'origine du nerf phrénique.

Sœmmering avait déjà recommandé le vésicatoire contre la même affection; seulement il l'appliquait entre les épaules. La place qu'indique M. Short est préférable.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DU PSORIASIS OU LÈPRE VULGAIRE, PAR LA POMMADE DE GOUDRON.

L'*herpes farfuraceus lichenoides* (dartre lichénoïdes), la furfuracée arrondie, est la maladie dartreuse que Willam, Bateman, et après eux des médecins français, ont nommé psoriasis, *lepra vulgaris*, etc. Dans un article que j'ai publié dans ce recueil, j'ai signalé les avantages d'une méthode de traitement que personne n'avait essayée avant moi, au moins en grand comme je l'ai fait; mais aujourd'hui, qu'on a reconnu la vérité de mes assertions et la bonté du moyen, chacun vient revendiquer au nom de je ne sais quel médecin allemand ou français l'honneur d'en avoir parlé le premier.

C'est là de la petite jalousie de métier dont je ne m'inquiète guère. En commençant mes recherches sur l'action d'un certain nombre de médicaments, je me suis proposé un but plus noble et plus élevé au-dessus de toutes ces tracasseries médicales, celui d'être utile à mes semblables, et d'éclairer, si faire se peut, la thérapeutique, en expérimentant consciencieusement, dans un grand nombre de cas de même nature, l'action d'un remède, en tenant compte toutefois de toutes les circonstances qui peuvent agir, soit pour la favoriser, soit pour l'enrayer. Je suis du nombre des médecins qui pensent que des faits bien observés d'abord, ensuite bien comptés, peuvent seuls avancer la médecine, soit en rectifiant les erreurs de nos devanciers, soit en enrichissant la science de découvertes nouvelles qui reposeront sur des bases larges et inébranlables. Si je suis assez heureux pour apporter quelques petits matériaux qui servent à éclairer tant soit peu le traitement des maladies de la peau, je croirai avoir bien payé ma dette dans cette noble entreprise, je serai récompensé de ma peine, et laisserai, sans m'émouvoir, elabauder la malveillance, la servilité, ou l'envie.

La puissance des médicaments intérieurs, dans le traitement de la dartre lichénoïde, m'a toujours paru douteuse et peu énergique; mais

comme quelques-uns d'entre eux ont été expérimentés et vantés ensuite par des médecins recommandables, j'ai cru de mon devoir de suivre la route qu'ils avaient parcourue pour essayer d'arriver aux mêmes résultats. Je l'ai déjà dit, mes essais n'ont pas répondu d'une manière favorable, et quelque exactitude que j'aie mise dans mes observations, je n'ai pu arriver à la conclusion qu'il était bon, utile, ou raisonnable de traiter le psoriasis ou la lèpre vulgaire par les arsénicaux ou les cantharides, pas plus que par les autres dépuratifs intérieurs. Le seul traitement énergique et guérisseur est le traitement local, et, il faut le dire, il peut être employé largement, sans aucun inconvénient pour la santé des malades. Tous les modificateurs de la peau peuvent, dans quelques cas, avoir cette action salutaire parmi eux. Les bains de toute espèce, simples, composés, les bains de vapeur généraux ou en douches, tiennent un rang distingué; ils guérissent quelquefois seuls, et dans tous les cas ils sont des adjuvants puissants des autres moyens locaux.

Avant de donner la préférence à la pommade de goudron, dont je vais parler dans quelques instants, j'ai voulu essayer la plupart de ceux vantés jusqu'à ce jour. J'ai donc tour à tour employé les préparations mercurielles sous toutes les formes, l'onguent napolitain, la pommade au calomel, au sulfate jaune de mercure, celle au proto-iodure dont un interne de l'hôpital Saint-Louis, M. Boinet, vient de prôner récemment l'énergie dans une des dernières livraisons du *Bulletin*. Je m'empresse de rendre ici justice à la bonne foi qui a présidé à ses recherches. Il est venu lui-même me prier d'en faire usage, afin que je pusse en constater l'efficacité. J'ai répété à M. Boinet ce que j'ai déjà écrit il y a longtemps; c'est que les préparations mercurielles, employées à haute dose et sur de larges surfaces, ont le grave inconvénient de provoquer la salivation, d'agir plus ou moins vivement sur le système nerveux, de faire naître l'insomnie, etc. Je parlais d'après mon expérience personnelle dans le traitement des maladies dont je m'occupe en ce moment. J'ai toujours été arrêté par ces accidents, lorsque j'ai voulu poursuivre leur emploi un peu trop longtemps pour savoir à quoi m'en tenir sur leur efficacité. Malgré cela, j'ai consenti volontiers à employer la pommade de proto-iodure, composée avec huit parties d'axonge et une de ce médicament; et, pour me conformer à son désir, j'en ai porté la dose à trois onces par jour, sur deux malades couchés, l'un au n° 19 de la salle Victoire, et l'autre au n° 25. Le premier est un jeune homme de vingt ans, atteint d'une lèpre vulgaire, *herpes circinatus* de M. Alibert, qui date de six mois. Ce jeune homme est fort et vigoureux, et n'est nullement malade autrement. Après cinq à six jours de l'emploi de trois onces de cette pommade, chaque jour la maladie paraissait modifiée; mais

les gencives ont commencé à devenir douloureuses, et le huitième jour une salivation abondante m'a forcé d'interrompre le traitement. Ce matin, 7 août, dixième jour du traitement, la maladie en est au même point, et la salivation continue. Le deuxième est âgé de quarante ans; il porte un psoriasis sur les membres et sur la tête depuis deux ans. Le traitement est commencé depuis dix-huit jours, d'abord à la dose d'une once, sur le corps seulement, puis à celle de trois onces en l'appliquant sur toutes les parties malades. Après dix jours de son emploi, il est survenu une démangeaison très-vive, de l'insomnie; maintenant il y a démangeaison douloureuse, prurit intolérable, agacement nerveux, insomnie, et enfin salivation, et la maladie est loin d'être terminée. Ces phénomènes sont précisément les mêmes que ceux que j'avais déjà observés en employant ce médicament et les autres préparations mercurielles; mais ils sont plus intenses, et sont arrivés plus tôt. Si je n'ai pas vu dans les autres traitements ces symptômes au même degré et aussi promptement, c'est que je n'avais jamais donné d'aussi fortes doses. Je n'en rends pas moins justice au travail de M. Boinet, et je l'engage à continuer ses recherches, mais en modifiant sa pommade ou en diminuant la dose. Alors je m'associerai volontiers à ses recherches, et je lui en laisserai tout le mérite. J'ai cru, en continuant mes essais sur le goudron, qu'il n'était pas sans intérêt de chercher d'autres modificateurs, et de revenir sur ceux que j'ai déjà expérimentés. J'ai commencé par l'axonge, que j'ai administrée en frictions à la dose de quatre à cinq onces par jour, sur dix malades, sept hommes et trois femmes. Dès les trois premiers jours, les squammes étaient tombées et le tissu de la peau paraissait modifié avantageusement chez six d'entre eux, deux femmes et quatre hommes; au contraire, chez les trois autres hommes et la dernière femme, il n'y avait aucune espèce de changement. J'ai continué pendant deux mois sans grande amélioration. Après trois mois, une des femmes est sortie à peu près guérie, et sur quatre hommes il paraissait y avoir un changement notable; mais ce mieux n'a pas continué : j'ai été forcé de suspendre le traitement après le quatrième mois. Chez cinq la maladie était très-peu modifiée après deux mois de l'usage de ce moyen, et j'ai, à cette époque, soumis ces malades à l'usage de la pommade de goudron, qui les a promptement guéris. Le proto-iodure de soufre, qui est un médicament assez énergique, a été le second remède dont je me suis occupé; j'en ai varié les quantités. En le mêlant avec seize fois son poids de cérat ou d'axonge, je l'ai employé avec avantage sur trois cas de psoriasis sur de jeunes femmes, dont la plus âgée n'avait que vingt-quatre ans; je donnais quatre onces de cette pommade par jour.

Sur dix autres malades, je n'ai eu que de légères modifications sans

5.

guérison complète sur la plupart. Après trois mois de traitement, un d'entre eux a eu un érysipèle énorme à la cuisse. J'ai continué deux mois encore la médication; sur quatre, un seul a guéri radicalement, et trois n'ont eu que de très-légères modifications, puis le mal est resté stationnaire. Chez tous les autres, j'ai été dans la nécessité de recourir à d'autres médicaments bien longtemps avant que ce laps de temps fût écoulé. Pour bien apprécier l'effet du goudron, j'ai voulu l'administrer seul. Je l'ai fait sur quatre malades, deux ont guéri en vingt jours; mais sur les deux autres il s'est développé une éruption tuberculeuse qui m'a forcé de suspendre. J'ai continué pendant tout ce temps le cours de mes recherches sur l'usage des frictions de la pommade de goudron, composée de deux gros de goudron et d'une once d'axonge; les résultats ont continué à être on ne peut plus satisfaisants. Sur soixante-cinq faits nouveaux, dont j'ai recueilli les observations, je n'ai pas eu un revers, tous les malades ont guéri; plusieurs portaient des maladies très-remarquables qui leur couvraient presque toute la surface du corps, et qui duraient depuis nombre d'années. Je ne puis, parmi eux, résister au désir d'en citer quelques-uns qui ont été intéressants par la promptitude avec laquelle le mal a disparu. Un jeune clerc de notaire portait depuis quatorze ans un psoriasis qui couvrait les deux bras et tout le tronc par larges plaques en forme de zone, qui offraient un relief de près de deux lignes et demie à la surface de la peau. Cette maladie occasionnait de vives démangeaisons, un malaise insupportable et un désespoir qui pouvait amener une horrible catastrophe, en privant ce malheureux jeune homme de son état. Il a répété souvent devant tous les élèves de l'hôpital et les médecins étrangers qui suivent ma visite le lundi que, pour y remédier, il avait consulté plus de cent médecins; parmi eux, il désignait deux médecins de l'hôpital Saint-Louis. Il a été cautérisé par la pierre infernale; il a pris de l'iode intérieurement, a fait usage de deux préparations arsénicales, et a entre autres employé l'arséniate d'ammoniaque, jusqu'à la dose de plus d'un quart de grain par jour, pendant quatre mois, sans le moindre succès pour sa maladie de peau, et au grand détriment de sa santé. Ce jeune homme vint me consulter il y a trois mois; je lui conseillai d'arranger ses affaires et d'entrer à Saint-Louis. Je le reçus en effet huit jours après à ma consultation du samedi, et dès le lendemain je commençai son traitement sans aucune préparation préalable. Il fit, dès le premier jour, usage de quatre onces de pommade de goudron, et de cinq onces le lendemain; en huit jours de temps il y avait une amélioration très-sensible, les démangeaisons avaient cessé, le sommeil était revenu et le boursouflement avait beaucoup diminué; le mieux a continué, et en un mois,

une maladie qui résistait à tous les moyens depuis douze années était complétement dissipée. J'ai gardé ce malade quinze jours de plus pour bien m'assurer de la réalité de la guérison, et il est sorti le dernier jour de la sixième semaine. Deux cas de dartre lichénoïde se sont présentés à moi presqu'en même temps sur deux enfants de douze ans. L'un portait cette maladie depuis quatre mois, et était né de parents dartreux. Les larges plaques qui lui couvraient les pieds, les genoux et les coudes, faisaient aussi un épais relief. J'annonçai aux élèves que cette maladie serait longue à guérir ; et en effet il a fallu quatre mois pour que tout fût terminé ; l'autre n'est resté que trente-deux jours en traitement. Ils avaient l'un et l'autre de la pommade à discrétion ; mais ce dernier n'était malade que depuis trois mois, et ses plaques étaient moins épaisses. J'ai encore un enfant presque du même âge en traitement depuis cinq semaines ; il est bientôt guéri. Deux malades couverts d'une lèpre vulgaire qui envahissait toutes les parties du corps, et la tête en même temps, sont entrés presque le même jour à Saint-Louis. L'un d'eux portait son mal depuis quinze ans, il était âgé de quarante ans et faisait remonter l'invasion de sa dartre à une maladie aiguë qui l'avait mis aux portes du tombeau à cette époque. Cet homme, qui exerçait la profession de forgeron, était à la fin de son sixième traitement, lorsqu'il se présenta à moi. Deux fois, dans sa province, on lui avait administré les arsénicaux, et deux fois on avait été dans la nécessité de les suspendre par suite des accidents qu'ils occasionnaient dans les organes digestifs. Deux traitements par des dépuratifs, un par des purgatifs, et enfin un dernier par les mercuriaux, avaient mis sa patience à bout. Un médecin des environs de Tours me l'a adressé ; deux mois de frictions de pommade de goudron et dix bains simples l'ont complétement guéri. Le deuxième, né de parents dartreux et âgé de trente ans, ne se souvenait pas du moment où la maladie avait commencé ; serrurier de son état, il s'en apercevait peu et n'avait jamais senti le besoin d'un traitement suivi. A la fin de 1836, sa dartre avait tellement augmenté et était devenue si incommode qu'il se décida à venir à Saint-Louis ; le hasard me l'adressa. Vingt-huit jours de frictions et huit bains simples ont suffi pour assurer sa guérison, que j'ai été dans le cas de voir confirmée plus de six mois après.

J'ai actuellement dans mes salles trois malades qui portent des affections curieuses. L'un, vieillard de soixante-six ans, forgeron de son état, a été guéri trois fois de dartres lichénoïdes, une première fois par des bains de vapeur, une seconde, dans le service de M. Biett, par les arsénicaux, une troisième par moi, trois mois après être sorti des salles de cet honorable médecin ; cette dernière guérison a duré plus de quinze

mois. Il est atteint aujourd'hui d'une maladie tenant le milieu entre la squammeuse humide et la dartre lichénoïde, autrement dit l'eczéma et le psoriasis. A son entrée à l'hôpital, il y a un mois, tout son corps, ses membres et la tête entière étaient couverts d'une couche blanchâtre argentée, et d'écailles minces, transparentes, qui se détachaient par plaques de huit à dix lignes et plus de longueur, et dont la partie adhérente à la peau recouvrait une surface légèrement humide. Il n'y avait aucune croûte, suite de la concrétion d'un liquide, et sa chemise ni ses autres vêtements n'étaient mouillés. L'usage de la pommade de goudron a fait tomber promptement les parties argentées et une grande quantité de squammes ou d'écailles. Pendant les huit jours qui ont suivi les trois premières frictions, il y a eu une légère cuisson dans la première demi-heure qui suivait l'application de la pommade de goudron; mais peu à peu cette sensation s'est éteinte, les squammes ont continué à tomber, le tissu de la peau, qui offrait un aspect hideux, s'est éclairci, et la guérison est prochaine. Cette affection ne ressemble à aucun des psoriasis ordinaires; ce n'est pas davantage une squammeuse humide; mais c'est évidemment une affection qui tient le milieu entre les deux espèces.

Un second malade, couché au n° 16 de la salle Victoire, est bientôt guéri d'une lèpre vulgaire dont la base n'était pas seulement une maladie squammeuse, mais bien une espèce d'affection granulée, ressemblant prodigieusement aux papules d'un lichen. Depuis deux ans il en souffrait, et sa maladie allait en augmentant, malgré deux traitements qu'il a essayés dans deux villes de province; il m'a été adressé de Bordeaux. En deux mois de traitement par la pommade de goudron la maladie a disparu, et en cet instant il ne reste plus que des taches, la peau ayant repris sa souplesse et tous ses autres caractères dans les endroits où ont existé les plaques arrondies de lèpre vulgaire. Ce malade sortira guéri le 11 août. Le dernier est un homme qui voit également sa maladie revenir pour la troisième ou quatrième fois. Il y a bientôt deux ans qu'il est sorti de mes salles; il a été une année et demie guéri, et depuis six mois sa dartre reparaît. C'est un homme de quarante ans, fort et bien constitué, qui, à son entrée à Saint-Louis, il y a six semaines, avait le corps couvert d'un psoriasis en zone, de dix pouces de haut sur plus d'un pied et quart de large, dont la surface était argentée et qui, à la chute des écailles blanches, a laissé apercevoir l'aspect papuleux dont je viens de parler. C'est évidemment la forme lichénoïde signalée par les médecins anglais. Cette affection, sans porter un caractère grave, est difficile à guérir; l'emploi de la pommade de goudron, à la dose de cinq onces par jour, l'a amoindri; mais, malgré six semaines de traitement, elle est loin d'être guérie. Les bains sulfureux semblent exaspérer le mal, et je

suis obligé de me servir de bains simples ou de bains de vapeur pour laver la peau ; ils ne me paraissent pas avoir une action puissante sur la terminaison. Je me bornerai aux faits que je viens d'énoncer. Je ne veux pas multiplier davantage les citations, je craindrais de devenir fastidieux. Mais ce que je viens de rapporter, joint à ce que j'ai déjà publié dans ce recueil, me permet de tirer des conséquences rigoureuses sur l'efficacité des divers traitements que l'on emploie contre les psoriasis et la lèpre vulgaire, et de les classer suivant leur degré d'utilité.

Le traitement intérieur, quel qu'il soit, jusqu'à présent guérit lentement et d'une manière incertaine; les arsénicaux sont des moyens infidèles et dangereux: une main habile peut seule en tenter l'usage ; on ne saurait être trop réservé sur leur emploi. Les préparations dans lesquelles les cantharides entrent à haute dose attaquent les voies urinaires et enflamment les organes digestifs, et leur action sur les psoriasis est plus que problématique. Les purgatifs ont été proscrits avec raison par les médecins anglais dans cette nature de dartres. Enfin les dépuratifs, y compris les mercuriaux et le soufre à l'intérieur, ne guérissent pas mieux que les médicaments ci-dessus, et on ne peut jamais préciser leur mode d'action ni la durée de la maladie.

Le traitement local est le seul efficace, et divers moyens sont utiles. Les bains seuls guérissent quelquefois; mais le plus souvent ils ne peuvent que servir d'auxiliaires aux autres moyens extérieurs. Les mercuriaux en frictions peuvent faire disparaître des psoriasis peu étendus, sans qu'on craigne de faire naître d'accidents graves, quand on sait manier ces puissants modificateurs. L'onguent napolitain, la pommade au calomel, celle composée avec le sulfate jaune de mercure, et enfin celle avec le proto-iodure, à la dose d'un à deux gros par jour, sont de bons remèdes, que l'on doit admettre dans une médecine rationelle; mais lorsqu'on a à traiter des affections lichénoïdes qui couvrent tout le corps, ce sont non-seulement des moyens infidèles, mais encore dangereux. Je les ai vu échouer dans des psoriasis peu étendus et récents, et, quoique je sois loin d'en proscrire l'usage, je crois que leur effet n'est pas certain. L'iodure de soufre est un médicament actif et salutaire quelquefois; mais trop excitant quand on l'emploie à haute dose, ce qu'on est obligé de faire, si l'on veut l'utiliser : alors il occasionne des accidents inflammatoires, devient dangereux, et malgré cela manque assez souvent son effet. J'ai vu essayer la cautérisation sans succès; je l'ai mise moi-même en usage sans aucun avantage sur deux malades, mais mon expérience est encore trop peu de chose sur ce point pour que je hasarde un jugement. L'axonge peut guérir quelquefois : c'est un remède qui ne présente aucun inconvénient, qui, s'il ne réussit pas, peut avoir quelque avan-

tage comme préparant les parties sur lesquelles on veut appliquer d'autres médicaments. La pommade de goudron est jusqu'à présent la seule préparation pharmaceutique avec laquelle on guérisse toujours; je ne crains pas de l'affirmer : plus de sept cents faits viennent à l'appui de cette assertion; j'en appelle au témoignage de tous les médecins, à celui de tous les élèves qui ont suivi mes visites à l'hôpital Saint-Louis, et aux praticiens qui l'ont mis en usage depuis que j'ai publié mon premier article dans ce recueil. On lui reproche de salir le linge, et une administrateur proposait gravement d'en supprimer l'emploi; il aurait dû aussi ajouter qu'il serait bon de supprimer les maladies où son action est si puissante.

De pareilles objections sont si puériles qu'il n'est pas nécessaire de s'y arrêter. Je répète que le meilleur mode de traitement connu contre le psoriasis et la lèpre vulgaire est la pommade de goudron, telle que j'en ai donné la formule (deux gros de goudron par once d'axonge). Son usage n'amène jamais aucun accident, et l'on guérit plus promptement avec elle qu'avec tous les autres remèdes prônés jusqu'à ce jour. Je m'offre de faire voir à tous ceux qui seront incrédules que je n'ai avancé que des faits vrais, et que je n'écris pas pour faire parler de moi, mais bien pour être utile à l'humanité, et pour remplir les engagements que j'ai contractés en acceptant la place de médecin à l'hôpital Saint-Louis.

EMERY.

DE L'EMPLOI DE L'OR DANS LE TRAITEMENT DES SCROFULES.

Personne ne doit plus contester aujourd'hui la vertu anti-syphilitique puissante de l'or et de ses préparations. Depuis les premiers travaux de l'illustre et vénérable docteur Chrestien, une foule de praticiens ont reconnu la haute efficacité de ce médicament pour guérir les maladies vénériennes les plus graves et les plus invétérées. Parmi eux l'on doit citer d'une manière spéciale M. le docteur Legrand, qui, dans un ouvrage de près de six cents pages, a constaté les avantages de la méthode aurifère, en rassemblant plus de quatre cents observations où elle a été utile, et fournies par quatre-vingts médecins, habitant presque tous des contrées diverses.

M. Legrand a entrepris pour les maladies scrofuleuses ce qu'il a fait pour les affections syphilitiques, et il prouve par trente-cinq observations, bien précises, bien détaillées, que l'or est un puissant anti-scrofuleux. Ces observations n'ont pour objet que les scrofules des parties molles et du système glandulaire. L'on sait que la peau, le tissu cellulaire, certaines

parties du système muqueux, et plus encore les ganglions lymphatiques, sont les tissus organiques sur lesquels le vice scrofuleux exerce fréquemment son influence; mais le système osseux et ses annexes offrent par le même principe des lésions plus fréquentes, plus graves et plus difficiles à guérir. M. Legrand se propose de publier bientôt le résultat de son expérience et de ses observations, touchant le traitement aurifère des altérations scrofuleuses des os. C'est là, dit-il, le véritable triomphe de l'or.

Les préparations aurifères sont depuis longtemps employées à Montpellier et dans tout le midi de la France contre les scrofules, mais à Paris cette applications thérapeutique n'est nullement usitée. Un petit nombre de médecins ont seulement accepté comme fait pratique l'utilité d'une seule de ces préparations, le muriate d'or dans les syphilis invétérées. Pourquoi, lorsqu'on a examiné avec tant de détails et jugé les propriétés curatives de tant de sels métalliques, tels que les préparations de fer, de bismuth, d'argent, de zinc, d'arsenic, de mercure, est-on resté dans le doute et l'incertitude relativement à l'action des préparations d'or? Aussi les efforts de M. Legrand, pour remplir cette lacune, sont-ils dignes de tous nos éloges.

L'or est administré dans les scrofules sous trois formes : 1° A l'état métallique, *or divisé*, soit par un procédé mécanique au moyen d'une lime extrêmement douce, en opérant sur de l'or pur et en tamisant à travers un tissu très-serré, soit par un procédé chimique au moyen de la précipitation d'une dissolution d'or par les réactifs; 2° A l'état d'oxyde, soit l'oxyde d'or par la potasse, soit l'oxyde d'or par l'étain appelé par Berzelius *stannate d'or*; 3° A l'état de sel; perchlorure d'or et de sodium plus généralement désigné sous le nom de muriate d'or et de soude.

L'or divisé s'administre par doses croissantes d'un quart de grain à quatre grains par jour, en frictions sur la langue, d'une durée de quatre à cinq minutes. Le chlorure ou muriate d'or s'administre aussi en frictions sur la langue, mais pour celles-ci une minute suffit, il est employé à la dose d'un trentième à un tiers de grain; il a été même porté, par M. Delamorlière, à un demi-grain, et par M. Niel, à un grain; et, dans ce dernier cas, il n'y a eu d'autre accident qu'une phlogose locale à la troisième ou quatrième friction. Les frictions peuvent aussi être faites à la face interne des joues et sur les gencives, mais alors il faut que ce soit fort bas parce que le sel d'or noircirait les dents en réagissant sur le tartre qui les recouvre. Pour se servir du muriate d'or il faut qu'il soit pulvérisé et mêlé à une poudre absolument inerte et extrêmement fine. La plus habituellement employée est la poudre

d'iris de Florence qu'on a fait bouillir, puis macérer dans l'alcool et ensuite sécher à l'étuve. On mêle le chlorure d'or à cette poudre dans les proportions suivantes :

Perchlorure d'or et de sodium. . . . . trois parties.
Iris de Florence en poudre subtile. . . neuf parties.

Trois grains de ce mélange représentent trois quarts de grains de sel aurifère. Ces trois grains sont divisés en trente frictions pour les doses les plus faibles, et en trois pour les plus fortes. On peut remplacer la poudre d'iris par l'amidon. Cette substance n'a ni saveur ni odeur, et n'altère en aucune façon le sel d'or. Son extrême finesse facilite la division du médicament, et sa blancheur permet de juger les proportions dans lesquelles le mélange a été opéré. L'inconvénient que M. Legrand trouve à l'amidon, c'est de se prendre en pâte et d'opposer peut-être quelque obstacle au mécanisme de la friction.

L'or divisé s'administre aussi comme les autres préparations d'or à l'intérieur le matin à jeun, dans une cuillerée de confitures non acides ; une demi-heure après le malade boit un verre de petit lait. On le donne aussi en tablettes, en pilules combinées avec l'extrait de thymélée (espèce de laurier), et à l'extérieur incorporée dans l'axonge. Voici la formule de cette pommade :

Prenez : Axonge ou cérat. . . . . une once.
Or en poudre impalpable. . . . . . six à douze grains.

Quand la pommade doit être employée au pansement, il faut préférer le cérat à l'axonge.

Les oxydes d'or sont employés sous les mêmes formes que l'or divisé, mais pas habituellement à l'extérieur. On les donne à la dose d'un dixième de grain et un grain par jour. L'oxyde d'or précipité par l'étain est plus énergique que celui obtenu par la potasse ; souvent on les unit au sucre pour former les tablettes ou les pilules suivantes :

Prenez : Sucre blanc en poudre. . . . . une once.
Oxyde d'or (l'un ou l'autre). . . . . . six grains.

Mêlez exactement et faites avec le mucilage adragant une masse que vous diviserez en soixante tablettes.

Prenez : Extrait de thymélée. . . . . soixante grains.
Oxyde d'or (l'un ou l'autre). . . . . six grains.

Mêlez. Faites soixante pilules. Commencez par une le matin à jeun et augmentez d'une tous les cinq ou huit jours jusqu'à dix. Les tablettes se prennent aussi par doses également croissantes.

Les préparations aurifères possèdent à un haut degré la propriété excitante ; elles portent leur action principalement sur les systèmes artériel, veineux et lymphatique ; elles déterminent dans l'économie des

phénomènes de stimulation générale, augmentation de l'appétit, activité des sécrétions, léger état fébrile qui n'empêche pas de vaquer aux affaires, et enfin indices certains d'une réaction du centre à la périphérie du corps. L'on conçoit que cette propriété d'excitation, de tonicité de l'or, et le travail d'élimination qu'il détermine dans l'économie, s'ils sont aussi positifs qu'on l'a annoncé, doivent rendre compte des bons résultats que les médecins qui ont recours aux préparations aurifères ont obtenus de ces moyens dans la cure des syphilis invétérées et des affections scrofuleuses.

Dans ces dernières affections surtout, il y a généralement faiblesse radicale de la constitution, et une détérioration, plus ou moins profonde, de l'économie. Ici l'on doit avoir souvent recours au muriate d'or et de soude, et au stannate d'or, qui sont les deux préparations les plus actives. L'oxyde d'or par la potasse est moins actif; l'or divisé est la plus douce de toutes les préparations, et quelquefois pourtant la plus certaine dans ses effets.

Parmi les trente-cinq faits présentés par M. Legrand, et qui tendent à prouver l'efficacité de l'or dans le traitement des scrofules des parties molles, nous trouvons des engorgements simples plus ou moins considérables des glandes du cou, des glandes cervicales, des glandes maxillaires avec ou sans ulcérations, les mêmes états se compliquant d'ophthalmies scrofuleuses, d'abcès froids aux cuisses, d'engorgements aux aisselles, aux aines, dans le mésentère, plusieurs avec ascite, enfin cinq cas de goître.

Résumons quelques-uns de ces faits pour l'utilité des praticiens.

I. Une petite fille de onze mois portait sous le côté droit de la mâchoire inférieure une glande de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, circonscrite, dure au toucher, peu chaude, d'un rouge pâle, n'offrant du reste aucune fluctuation. Cette petite fille était fort lymphatique, et sa mère portait des cicatrices au cou. M. Legrand dissipa les accidents inflammatoires au moyen de trois sangsues appliquées une chaque fois, à trois jours d'intervalle chaque. Mais la glande, une fois réduite à la grosseur d'une forte amande, resta stationnaire, et il attendit en vain pendant quinze jours au moins que le travail de résolution se continuât. Alors il fit pratiquer matin et soir une friction sur la glande engorgée avec la pommade suivante :

Pr. Or divisé. . . . . dix grains.
Axonge. . . . . une once.

Mêlez avec soin sur le porphyre et à l'aide de la molette.

Après quinze jours de l'usage de cette pommade, dont on consom-

mait soir et matin gros comme un fort pois, cet engorgement, qui ne s'était pas renouvelé un an après, fut entièrement dissipé.

Cette observation n'a pas une grande importance. Cependant elle constate que l'or métallique, employé en frictions sur la peau, a une action résolutive marquée. Des faits nombreux ont prouvé les bons effets qu'on peut retirer de ce métal réduit en poudre impalpable et employé en frictions sur les engorgements, après l'avoir incorporé dans l'axonge.

Une demoiselle, âgée de dix-sept ans, réglée depuis un an, d'une constitution lymphatique, habituellement pâle, avait au cou, depuis plus de quatre ans, une traînée de glandes engorgées. Elle n'y avait jamais ressenti de douleur; elle avait pendant longtemps et inutilement employé plusieurs topiques réputés fondants. M. Beauclaid, médecin de Clermont, qui lui donnait des soins, eut recours aux préparations aurifères. Après quatre mois de l'emploi du muriate d'or en frictions sur la langue, en débutant par un quatorzième et poussant la dose jusqu'à un onzième de grain seulement, il obtint une parfaite guérison qui, cinq ans après, ne s'était pas démentie.

III. Le docteur Sizaire de Peyriac a guéri, au moyen de quatre grains de perchlorure d'or et de sodium, et l'or divisé en pansements, un engorgement avec ulcérations des glandes du cou, compliqué d'ophthalmies fréquentes avec ulcération des bords libres des paupières. C'était une jeune fille de dix-sept ans qui, depuis son enfance, offrait un engorgement glanduleux, qui avait résisté à tous les fondants Quatre grains de muriate d'or, en seize, douze et dix frictions, en ont fait justice. Les glandes ulcérées ont été pansées avec de l'or divisé incorporé dans le cérat de Galien. Des ulcères profonds aux yeux ont été cicatrisés sans aucune application. Cette malade a été délivrée de douleurs dans les orbites et des ophthalmies périodiques auxquelles elle était sujette. Chose digne de remarque, c'est que, pendant trois mois qu'a duré le traitement, on n'a observé aucun de ces mouvements tumultueux qui précèdent les crises, et il n'y a eu aucune évacuation sensible : seulement des furoncles, qui se sont abcédés et ont abondamment suppuré, semblent avoir agi comme une sorte de résolution critique.

M. Sizaire a fait suivre cette observation de réflexions qui témoignent fortement en faveur de l'efficacité de l'or dans le traitement des maladies du système lymphatique.

J'ai eu surtout occasion d'observer ces maladies, dit-il, chez les enfants du peuple qui habitent les lieux froids et humides du pied de la *montagne Noire*, qui se nourrissent d'aliments indigestes, qui s'exposent aux variations subites de l'atmosphère. Contre ces maladies,

caractérisées par l'atonie générale du système sanguin, l'engorgement des glandes, l'épaississement des sucs abdominaux, une sorte de décomposition osseuse; contre ces maladies, auxquelles la nature imprime un cachet qui les fait reconnaître malgré les formes bizarres qu'elles affectent, je n'ai pas trouvé de meilleur excitant, de fondant résolutif plus actif et plus énergique, que les préparations d'or.

Le goître est par beaucoup de médecins considéré comme une affection scrofuleuse. Les succès obtenus par l'iode dans le traitement de cette maladie porte à établir cette similitude. Cette analogie a dû nécessairement faire naître l'idée d'administrer l'or, si souverain contre les scrofules, dans le traitement du goître. Le succès a couronné cette tentative.

IV. Une dame, âgée de trente ans, mère de plusieurs enfants, et ayant beaucoup d'embonpoint, portait, depuis quelques mois, un goître qui était placé à la partie latérale droite de la glande thyroïde, et avait déjà le volume d'un petit œuf de pigeon. Cette femme, alarmée sur une incommodité qui menaçait de la déparer, me demanda un prompt secours. Les heureux effets que M. Chrestien rapporte dans sa *Méthode iatraleptique* de l'emploi des préparations d'or contre ces sortes de tumeurs, ordinairement très-rebelles, déterminèrent M. le docteur Niel à en faire usage dans ce cas. Six grains de muriate d'or et de soude, divisés, au début, en sept fractions chacun, et en six du milieu du traitement jusqu'à la fin, suffirent pour faire disparaître cet engorgement. Il est digne de remarque que la tumeur se fondit dans l'espace de dix à douze jours et pendant l'usage des dernières doses du remède, et que jusqu'alors elle n'avait pas manifesté le moindre changement. Vers la fin du troisième grain, il survint une augmentation notable de la chaleur extérieure du corps, avec fréquence et plénitude du pouls; cet état, après avoir duré trois ou quatre jours, fut suivi d'un flux d'urines très-abondant, qui maigrit un peu la malade, et ne cessa qu'après la guérison.

M. le docteur Niel a traité par le même moyen une autre dame affligée de la même maladie; mais, quoique les mêmes mouvements critiques aient été produits, la tumeur n'a jamais éprouvé le moindre changement. M. Niel a éprouvé le même insuccès chez une demoiselle scrofuleuse âgée de seize ans, et qui consomma en vain onze grains de perchlorure d'or et de sodium, pris avec exactitude et à doses élevées. M. Niel conclut avec raison de ces insuccès qu'il n'est point de remède rigoureusement spécifique.

V. Un jeune homme âgé de vingt-deux ans se plaignait, depuis environ six mois, d'un engorgement de la glande thyroïde, dont il désirait ardemment être délivré. Toujours soumis à l'influence des mêmes

causes, cette espèce de goître croissait visiblement tous les jours, ce qui détermina le malade à se rendre à Montpellier. Appelé pour lui donner ses soins, M. le docteur Jalaguier reconnut que cette affection dépendait de la diathèse scrofuleuse; pour la combattre avec efficacité, il choisit parmi les moyens internes que l'art suggère comme les plus énergiques, tels que les pilules faites avec les yeux d'écrevisses, et l'éponge calcinée réduite en poudre, les coquilles d'œuf calcinées alcoolisées à la dose d'un gros, les préparations de fer, d'antimoine, etc..., sans négliger les emplâtres fondants et résolutifs. Ces diverses substances, prises alternativement pendant trois mois et avec les précautions convenables pour que les fonctions digestives ne fussent point troublées, ne produisirent aucune diminution dans le volume du goître. Il conseilla au malade, qui paraissait avoir perdu tout espoir de guérison, de prendre le muriate d'or; il subit ce nouveau mode de traitement avec la plus grande résignation. Il prit en tout neuf grains de muriate, cinq en frictions sur la langue, et quatre à l'intérieur dans du sirop de tussilage, et après cinq mois de séjour à Montpellier, la tumeur était réduite de plus des trois quarts des dimensions qu'elle présentait lorsque je la vis pour la première fois. Aujourd'hui, il n'existe chez ce jeune homme qu'un très-petit engorgement dont il ne fait aucun cas.

L'observation qui suit, et qui terminera la série de celles qui ont rapport au traitement du goître, recevra un nouveau degré d'intérêt du mode d'administration qui a été mis en usage. Elle est due à M. le docteur Pourché, médecin en chef de la maison de détention de Montpellier.

VI. La nommée Rose Bousquet, originaire de Palmas, en Aveyron, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, détenue à la maison centrale, fut reçue à l'infirmerie dans le mois de février 1824, pour y être traitée d'un goître de la grosseur d'un œuf, et d'une dureté presque squirrheuse. Je fis placer sur la tumeur un large vésicatoire que je saupoudrai chaque jour d'une petite dose de muriate d'or combiné à la poudre d'iris, ayant le soin de le panser de temps à autre avec de la pommade épispastique : dix grains employés en deux mois et demi de cette manière suffirent pour dissiper ce goître et pour rétablir les menstrues, qui étaient supprimées depuis cinq ou six mois.

Huit autres observations, recueillies à la maison centrale, m'ont convaincu de l'efficacité de l'or contre cette maladie. J'ai essayé les diverses préparations d'iode, mais il s'en faut qu'elles soient d'une administration aussi simple et aussi facile, et leurs effets aussi favorables et aussi déterminés.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DE L'ONGLE RENTRÉ DANS LES CHAIRS, SANS OPÉRATION CHIRURGICALE.

Il n'est ici question que de la première variété d'ongle incarné, décrite par Dupuytren dans ses leçons de clinique chirurgicale, de celle qui consiste dans l'ulcération de l'un des bords latéraux de l'ongle du gros orteil, et quelquefois de ses deux bords à la fois, occasionnée par un excès d'incurvation transversale de cette production qui aura produit cette excessive convexité.

Cette affection, très-douloureuse quand elle a acquis le haut degré de gravité qu'on lui remarque chez les malades qui viennent se faire traiter dans les hôpitaux, et ces cas sont les plus rares; toujours très-incommode, alors même qu'elle ne présente que peu de gravité, est une sorte d'infirmité très-communément répandue, et pour la guérison palliative ou radicale de laquelle une infinité de moyens plus ou moins rationnels, plus ou moins ingénieux, ont été proposés successivement.

La principale indication à remplir pour arriver à une cure radicale consistait à modifier la forme vicieuse de la matrice de l'ongle, c'est-à-dire à lui donner plus de largeur, en lui ôtant son excès de convexité transversale.

Tout traitement qui n'a pas pour but de remplir cette indication devra nécessairement échoner, ou, s'il réussit à parer un instant aux accidents, la cure ne pourra être radicale, et la maladie ne tardera pas à récidiver.

C'est pour avoir méconnu cette indication que tant d'auteurs, si recommandables à tant de titres, ont fait d'aussi nombreuses études chirurgicales sur un aussi mince sujet, et ont imaginé tant de méthodes plus ou moins ingénieuses, présentant plus ou moins d'avantages, mais toujours des inconvénients plus nombreux, dont les moindres étaient de causer d'atroces douleurs et de ne pas mettre à l'abri de la récidive.

Voici le traitement que je proposerais. Il est presque entièrement calqué sur celui de Desaulx; mais il ne présente pas, je crois, les inconvénients qui l'avaient fait rejeter. Il m'a réussi plusieurs fois, ainsi que M. le professeur Cloquet, qui a vu quelques-uns de mes malades, a bien voulu le relater dans deux de ses excellentes leçons de clinique, aux mois de mai et juillet 1836. Il a pour but, 1° de redresser la partie incurvée de l'ongle qui va plonger dans les chairs, et les blesse, en

jouant à leur égard le rôle d'un corps étranger. Cette pratique a déjà pour résultat de calmer les accidents, c'est-à-dire la douleur, l'impossibilité de la marche, l'inflammation, l'ulcération et la suppuration des parties molles ; 2° de modifier la forme vicieuse de la matrice, de manière à lui en donner une normale, qui lui permette de produire par la suite un ongle normalement conformé, et à assurer par là la guérison radicale de la maladie. Pour cela on prend une lame de fer-blanc très-mince, large de sept à huit millimètres, longue de vingt à vingt-deux ; on la recourbe avec le plus grand soin, à l'une de ses extrémités, de manière à y former une petite gouttière, large d'un millimètre, de même profondeur, et dont la longueur sera celle de la largeur de la lame de fer-blanc que l'on aura employée : on lime cette lame dans toutes ses parties, afin qu'elle ne présente nulle part d'angles trop vifs, et on pratique sur ses deux bords latéraux, à l'union du quart le plus proche de la gouttière avec les trois quarts qui tiennent à l'extrémité libre, une double échancrure, qui sert à arrêter un fil ciré, au moyen duquel on fixe une bandelette de diachylum de la largeur du fer-blanc, à la face inférieure ou concave, à celle à l'une des extrémités de laquelle on peut apercevoir la concavité de la petite gouttière : la partie non adhérente du diachylum doit être en rapport avec la face inférieure de l'instrument. Celui-ci ainsi préparé, on le saisit sur l'un de ses bords, avec une pince un peu fine, et on l'applique au pied malade, en commençant par engager dans la gouttière le bord incarné de l'ongle, à partir du point où il est accessible à la vue et au toucher, c'est-à-dire à l'union de ce même bord avec le bord intérieur ; une fois que cette portion, la plus antérieure du bord latéral incarné, est engagée dans la gouttière, on fait glisser celle-ci sur ce bord, qui lui sert de conducteur à travers les chairs ordinairement fongueuses et exubérantes qui forment le bourrelet charnu. On pousse ainsi l'instrument aussi profondément que possible, et tant que le malade qui, dans ces tentatives, s'aperçoit à peine de ce qu'on lui fait, n'accuse pas de trop vives douleurs. On pénètre ordinairement du premier coup jusqu'à l'extrémité du sillon qui enchâsse le bord incarné. On s'occupe alors de fixer l'appareil, afin qu'il ne laisse pas échapper de sa gouttière le bord de l'ongle qui s'y trouve saisi : pour cela, il suffit de faire faire une fois le tour de l'orteil à la bandelette agglutinative, qui est attachée à la lame par un fil qui en fait le tour, dans un point très-voisin de la gouttière : alors, et seulement alors, on pèse à l'extrémité libre de la lame, qui se trouve représenter un levier du premier genre, placé transversalement en travers de l'ongle, et dont le point d'appui est sur l'ongle lui-même, partie essentiellement insensible, à l'union de ces trois quarts planes avec le

quart incarné, tandis que la résistance est à la partie incarnée elle-même. On diminue par cette pression, qui doit être peu considérable le premier jour, l'incurvation de l'ongle; et quand on a produit suffisamment d'effet pour ne pas faire éclater la matière cornée, ce qui aurait le très-grand inconvénient de ne pas laisser de prise à l'instrument pour les applications ultérieures, alors on le fixe dans cette position, en faisant passer sur l'extrémité libre du levier un deuxième, un troisième tour, et plus, s'il le faut, de la même bandelette agglutinative, qui doit, pour être suffisante, avoir à peu près deux pieds de longueur.

Ce pansement a pour effet de calmer subitement les douleurs du malade, en changeant un peu la place où s'exerçait l'action tranchante de l'ongle faisant corps étranger, puisque déjà on le déroule en partie; et, en second lieu, en présentant aux parties enflammées le contact d'un corps mousse, bien arrondi et sans aspérités, qui est le dos ou la partie convexe de la gouttière, à la place du bord tranchant qui les blessait et les irritait sans cesse auparavant.

Au bout de deux jours, on panse de nouveau le malade, et alors déjà on le trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant : les douleurs ont disparu ou sont très-supportables, l'inflammation a diminué ainsi que le gonflement. Alors, après avoir lavé le pied en le plongeant pendant cinq minutes dans de l'eau tiède, on le panse de la même manière que la première fois, en ajoutant une tente de charpie, que l'on place précisément sur le bourrelet charnu, qui s'en trouve plus ou moins comprimé au moyen des différents tours de la bandelette qui viennent passer sur cette charpie, suivant que le plus ou moins de sensibilité du malade a permis d'exercer une constriction plus ou moins considérable; cette application d'un corps un peu dur sur le bourrelet charnu est la partie douloureuse du pansement; cependant elle est très-supportable alors même que le bandage est assez serré, ce qui n'arrive que graduellement et après un certain nombre de pansements; du reste je considère comme indispensable l'emploi de cette tente de charpie, si l'on veut arriver à réduire peu à peu ce bourrelet charnu, en même temps qu'avec le levier armé de sa gouttière on relève l'ongle incurvé, et qu'on tend à redresser et à rendre plus planes les parties qui lui sont sous-jacentes, qui lui adhèrent assez fortement, et qui, suivant tous les anatomistes modernes, doivent être considérés comme faisant partie de sa matrice.

Que si, au lieu d'être incarné d'un seul côté, l'ongle l'était des deux, ce qui est assez rare, on appliquerait de chaque côté un de ces leviers, sans y attacher de diachylon, et on les fixerait l'un à l'autre avec du fil ciré en superposant les extrémités libres; puis on mettrait

sur chaque bourrelet charnu la tente de charpie obligée, et l'on maintiendrait le tout à l'aide d'une bandelette agglutinative, s'enroulant plusieurs fois autour de l'orteil.

Ordinairement, après dix à douze pansements au plus, répétés tous les deux jours, pendant la durée desquels le repos n'est guère indispensable que dans la première moitié du traitement, et souvent moins, le malade n'accuse plus la moindre douleur au gros orteil; l'ongle, au lieu d'être fortement convexe transversalement et très-étroit, est large et presque plane; le bourrelet charnu, avec les fongosités et la suppuration qui l'accompagnaient, a disparu, réduit par une compression méthodique continuelle et progressivement croissante; enfin la partie visible de la matrice de l'ongle a contracté peu à peu une forme analogue à celle que l'ongle lui-même a dû prendre sous l'influence du levier employé à demeure. Alors le malade peut marcher sans crainte aucune de voir récidiver son incommodité, parce que l'ongle étant considérablement élargi, en même temps qu'une portion notable des parties molles a été refoulée en bas, a pu s'étendre au-dessus de ces dernières, et que désormais la pression du poids du corps dans la marche ne tendra plus qu'à maintenir les choses dans cet état, puisqu'elle ne s'exercera que de bas en haut, et ne comprimera plus les parties molles qu'entre le sol, et un ongle plus large qu'elles et presque entièrement plane. Tel est le procédé qui m'a plusieurs fois réussi, ainsi que le prouvent les six observations que j'ai publiées d'une manière étendue dans ma thèse (1).

HENRY LABARRAQUE.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA GUÉRISON DES DIVISIONS CONGÉNIALES DE L'URÈTRE CHEZ L'HOMME, PAR DIEFFENBACH.

Parmi les vices de conformation qui se rattachent à un arrêt de développement, il faut ranger un état particulier de l'urètre, chez l'homme, marqué tantôt par une absence complète du canal dans une partie plus ou moins considérable de son étendue, tantôt par un simple défaut de réunion des parois inférieure ou supérieure de ce conduit; et alors, dans le premier cas, qui se rencontre le plus fréquemment, cette difformité a reçu le nom d'*hypospadias*, et dans le second, celui d'*épispadias*.

---

(1) La thèse de M. le docteur Henri Labarraque est une des meilleures qui aient été présentées cette année à la faculté de Paris. (*N. du* [illegible])

On distingue plusieurs variétés d'hypospadias, depuis la simple imperforation du gland et la présence d'une ouverture très-petite, située à quatre ou cinq lignes au-dessous de la fente qui remplace l'orifice naturel jusqu'à cette disposition singulière qui en a quelquefois imposé pour un prétendu hermaphrodisme; des différences analogues se rencontrent dans l'épispadias; mais comme notre intention n'est d'envisager ce sujet que sous le point de vue thérapeutique, nous n'entrerons pas dans de plus longs détails sur ces diverses espèces de difformités et nous nous bornerons à cette simple indication.

La chirurgie n'a pas fait de grands efforts pour remédier au vice de conformation qui nous occupe, et il n'existe guère que le procédé de Dupuytren, qui, dans deux cas d'hypospadias avec absence complète de la partie antérieure de l'urèthre, ent recours, avec succès, à un trois-quarts et à la cautérisation pour former un nouveau canal; mais les accidents inflammatoires furent si violents, que la gangrène menaça de détruire la verge. On n'apprendra donc pas sans intérêt les tentatives qu'a faites à ce sujet le professeur Dieffenbach, et qui se trouvent consignées dans le premier cahier du tome 4, année 1837, du journal de médecine que ce chirurgien publie à Berlin.

M. Dieffenbach rapporte trois observations d'hypospadias :

Le sujet de la première est un jeune étudiant en droit, chez lequel la partie de l'urèthre qui occupe l'étendue du gland était simplement divisée, et formait une véritable gouttière; le prépuce était du reste bien conformé; le chirurgien que je viens de citer aviva les bords de la fente avec un bistouri, et en détermina la réunion par la suture entortillée à l'aide de trois épingles à insectes très-deliées; il n'y plaça pas de sonde; mais le quatrième jour, les épingles avaient toutes coupé les parties, les bords se cicatrisèrent, et il n'y eut aucune amélioration.

Le sujet de la seconde observation est un commis marchand, qui présentait tout à fait la même difformité que le premier; le chirurgien agit de la même manière, seulement il eut recours aux fomentations froides, et il recommanda au malade de plonger sa verge, en urinant, dans un pot rempli d'eau; le troisième jour la suture la plus antérieure avait coupé les parties, les deux autres avaient amené une réunion solide.

Le sujet de la troisième observation est un jeune homme chez lequel il y avait absence complète de la partie antérieure de l'urèthre; le prépuce était divisé et formait nn bourrelet à la face supérieure du gland; la verge était courte et courbée en bas pendant l'érection. M. Dieffenbach forma avec les téguments un canal qui s'abouchait avec l'urèthre, et il y plaça une sonde fine; ensuite il aviva les bords du prépuce fendu, afin d'en déterminer la réunion à l'aide d'un certain nombre d'épingles

entortillées, et comme ils étaient très-écartés, il divisa les deux lamelles du prépuce à la partie moyenne de sa face supérieure jusqu'à la couronne du gland; la fente inférieure de cet appendice membraneux se trouva donc alors changée en une fente supérieure, et, en agissant ainsi, le chirurgien avait l'intention, comme il le dit lui-même, de diriger en haut la verge qui était recourbée en bas. Toutefois le résultat de l'opération ne fut pas favorable; l'urine qui s'infiltrait dans les parties détruisit les adhérences qui venaient de se former; il y eut bien quelques points qui tinrent encore après l'éloignement des épingles; mais, malgré l'emploi de bandelettes agglutinatives, ils finirent de même par céder, l'urine les baignant sans cesse, et l'on n'obtint ni le nouveau canal, ni la réunion du prépuce.

M. Dieffenbach eut occasion d'observer dans sa pratique trois cas d'épispadias, en tout semblables entre eux; dans chacun le pénis était extraordinairement court, tiré en arrière et recourbé en haut; la couronne du gland touchait les parois abdominales, le prépuce paraissait manquer à la face supérieure, et formait un épais bourrelet à la face inférieure; le canal de l'urètre se présentait sous la forme d'une gouttière profonde qui divisait le gland, le dos du pénis et le reste de cet organe jusque dans la vessie. Pendant l'émission de l'urine; celle-ci s'élançait de la partie inférieure du canal, et mouillait le malade d'une manière fort désagréable.

Des trois personnes qui offraient cette difformité, une seule désira se faire opérer, c'était un jeune homme bien constitué et âgé d'environ vingt ans. Le chirurgien de Berlin procéda comme dans les cas d'hypospadias; il aviva les bords de la fente en retranchant une lanière de deux lignes de longueur à peu près, et même dans la région du gland il en enleva davantage, la gouttière se trouvait ici beaucoup plus profonde; en même temps il coupa les parties obliquement de dehors en dedans, afin d'obtenir une surface saignante plus considérable; il fit du reste cet avivement à l'aide d'une pince à crochet et d'un petit bistouri.

Après avoir complétement arrêté l'hémorrhagie, qui était assez considérable au gland, M. Dieffenbach réunit les parties par la suture entortillée; il plaça cinq épingles sur le gland qui était d'une grosseur presque monstrueuse, ce qui est ordinaire dans l'épispadias, et cinq autres sur le reste de la partie libre de l'urèthre; la partie la plus postérieure de la fente, qui était ouverte et cachée sous un pli des téguments, et qui n'avait pas été avivée à dessein, était destinée à détourner le cours de l'urine, et c'est par là que le chirurgien introduisit une sonde élastique dans la vessie; on prescrivit ensuite des fomentations froides et un régime antiphlogistique. Les premiers jours qui suivirent l'opération, le

malade, qui était très-sensible et très-irritable, se plaignit de douleurs vives dans la verge; celle-ci était très-rouge et très-tuméfiée; des sangsues appliquées en grand nombre sur la région inguinale, des purgatifs en diminuèrent considérablement l'inflammation. Mais déjà le second jour on fut forcé de retirer quelques épingles; le troisième de même, et le quatrième jour il fallut enlever les trois dernières. Bientôt la sonde, par la vive irritation qu'elle produisait, dut être retirée à son tour, et alors l'urine détruisit peu à peu les adhérences qui s'étaient formées dans le corps du pénis, la fente se rétablit presque jusqu'au gland, mais en revanche cette dernière partie, qui était monstrueuse, présentait la réunion la plus solide; le canal qui le traversait n'avait rien d'anormal, et toute déformation avait disparu. M. Dieffenbach recommanda au jeune homme de se mettre souvent une bougie courte et élastique, et le pria de revenir le trouver plus tard pour qu'il pût achever l'opération.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR UN NOUVEAU MOYEN D'ADMINISTRER LE COPAHU, PAR M. RAQUIN, PHARMACIEN A CLAMECY.

Depuis quelque temps l'art pharmaceutique paraît s'appliquer d'une manière toute spéciale à rechercher les moyens de faciliter l'administration du baume de copahu, en masquant l'odeur et la saveur de ce médicament, aussi repoussant qu'il est efficace. On connaît les efforts heureux que M. Mothes a faits pour atteindre ce but, et il a été reconnu que les capsules gélatineuses, dont ses procédés ingénieux ont perfectionné la fabrication, offraient à l'art de guérir un moyen aussi commode qu'utile d'ingérer le copahu. M. Raquin, pharmacien à Clamecy, a adressé à l'Académie de médecine un mémoire et des échantillons de capsules de différentes grosseurs (1). M. Raquin est parvenu à renfermer le copahu sous des enveloppes très-minces et imperméables, qui peuvent conserver le médicament sans altération pendant plusieurs années, en interceptant toujours complétement et son odeur et sa saveur, et dont les plus grosses, contenant un gramme de copahu pur, peuvent

(1) Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Planche, Boullay, Cullérier et Guéneau de Mussy, rapporteur. C'est du rapport de cette commission que nous avons extrait cet article.

encore être avalées avec une très-grande facilité. La substance dont ces capsules sont formées n'est autre que du gluten pur.

M. Raquin ne peut employer le copahu liquide; il faut que préalablement il ait été épaissi par sa combinaison avec la magnésie. Lorsqu'il peut attendre un temps suffisant, six mois et plus, il assure qu'un trente-deuxième de magnésie lui suffit pour obtenir l'épaississement convenable. Nous nous sommes assurés que la masse avec laquelle nous l'avons vu opérer contenait un vingt-quatrième de magnésie. En ayant pesé une once et un scrupule, pour représenter exactement une once de copahu pur, il a d'abord divisé cette masse molle en soixante-quatre pilules, contenant par conséquent chacune neuf grains de copahu pur; puis, à l'aide de manipulations longues, délicates, et qui exigent beaucoup d'adresse et d'habitude, nous avons vu ces pilules se revêtir peu à peu d'une enveloppe composée de gluten très pur, et qui exige plusieurs heures pour être formée complétement. Ces produits étaient en tout point semblables aux échantillons fournis par M. Raquin, et nous nous sommes assurés que le poids de ces enveloppes, lorsqu'elles renferment un gramme de copahu, n'excédait pas un grain et trois quarts de grain.

L'action thérapeutique de cette préparation ne pouvait guère être la matière d'un doute, cependant nous devions d'autant moins ici nous en tenir à une présomption, quelque fondée qu'elle fût, que M. Raquin avait attribué à ces capsules des effets spéciaux qui les distinguent de toutes les autres préparations de copahu.

M. Cullérier, que sa position met dans le cas de prescrire souvent cette substance, après avoir pris connaissance de la manière dont étaient préparées les nouvelles capsules, s'est prêté à en faire l'essai. Depuis quelques mois, il les a fait prendre à plus de cent malades affectés d'urétrites, soit à l'hôpital du Midi, soit en ville, et il a acquis une telle conviction de leur efficacité, que depuis c'est souvent sous cette forme qu'il préfère donner le copahu.

Voici le résultat de ses observations :

1° Les capsules sont en général ingérées avec facilité, mais plus encore si, en les faisant séjourner dans l'eau, pendant quelque temps, on rend leur surface plus glissante par le ramollissement de la couche la plus extérieure. (L'immersion dans l'eau pendant plusieurs heures et même plusieurs jours ne diminue pas l'imperméabilité de l'enveloppe.)

2° Elles ne causent en général dans l'estomac aucune sensation désagréable; elles ne donnent lieu à aucun renvoi, à aucune éructation, comme cela arrive plus ou moins, après l'ingestion des autres préparations de copahu, même des capsules gélatineuses. Il est probable

qu'elles ne font que se ramollir dans l'estomac, et que c'est seulement dans l'intestin que le médicament est mis à nu;

3° Elles purgent quelquefois au début, ou lorsque la dose est un peu forte; mais cet effet cesse bientôt et ne fatigue nullement les malades;

4° L'urine acquiert l'odeur propre au copahu;

5° On n'a point observé l'érythème que ce médicament, administré en potion ou autrement, produit quelquefois, ni aucun autre accident;

6° L'efficacité des capsules glutineuses n'a présenté aucune exception, parce qu'on a eu soin de ne les donner qu'en temps opportun;

7° Les doses ont varié de deux à quatre gros en vingt-quatre heures; moitié le matin à jeun, moitié une heure avant dîner. Deux onces ont suffi dans la plupart des cas; mais il en a fallu jusqu'à six ou sept dans quelques cas rebelles. Au reste, on peut aisément en prolonger l'usage. Les malades ne font aucune difficulté à cet égard, n'éprouvant à aucun degré cette répugnance si souvent insurmontable que produisent les autres préparations quelles qu'elles soient.

D'après tous ces faits, la commission de l'Académie présente les capsules de gluten comme un service important rendu à l'art de guérir, et un progrès marqué comparativement à tous les autres modes connus jusqu'à ce jour d'administrer le copahu.

Voici quelques points de comparaison établis par la commission entre ces nouvelles capsules et les capsules gélatineuses qui méritent une non moins juste approbation :

1° La forme régulière et parfaitement ovoïde des capsules de gluten (je n'ai besoin de parler ici que des plus grosses, de celles qui contiennent un gramme de copahu) se prête plus facilement à la déglutition que la forme un peu irrégulière et d'ailleurs plus volumineuse des capsules de gélatine;

2° Malgré leur plus grand volume ces dernières capsules contiennent beaucoup moins de copahu; ce qui tient : 1° à ce qu'elles ne sont jamais parfaitement pleines; 2° à l'épaisseur de l'enveloppe. En effet, la capsule gélatineuse pleine pèse moyennement dix-huit grains et contient dix grains seulement de copahu. La capsule glutineuse pèse vingt grains et demi (en supposant la proportion d'un vingt-quatrième), savoir : copahu dix-huit grains, magnésie trois quarts de grains, enveloppe un grain trois quarts;

3° Quelque mince que soit cette enveloppe, elle est complétement imperméable, et reste telle pendant un temps indéfini; ce qui dépend soit de la nature de l'enveloppe, soit de l'épaississement du copahu par une faible proportion de magnésie. Les capsules gélatineuses, au contraire, laissent trop souvent au bout de quelques jours transsuder le copahu,

que l'on reconnaît à l'odeur et à la vue en ouvrant les boîtes qui les renferment. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que cette addition de magnésie ne nuit en rien à l'effet thérapeutique, et qu'elle met dans la nécessité de n'employer que du copahu bien pur.

4° Les capsules gélatineuses occasionnent souvent des renvois désagréables comme toutes les préparations de copahu. Les capsules glutineuses n'en ont jamais causé dans tous les essais qui ont été tentés.

5° Les capsules gélatineuses ont toutes la même grosseur, et leur volume peut en rendre la déglutition difficile chez quelques personnes. M. Raquin fait des capsules de toute dimension qui contiennent depuis un gramme jusqu'à un grain de copahu, et les petites capsules plongées pendant quelque temps dans un liquide agréable deviennent assez molles sans cesser d'être imperméables pour tromper les gosiers les plus susceptibles.

Nous devons ajouter cependant que les capsules glutineuses que l'on veut conserver longtemps doivent être préservées avec soin de l'impression de la chaleur sèche; c'est pour cela que M. Raquin les renferme dans des flacons exactement bouchés. Exposée à un air trop sec, l'enveloppe se contracte, se resserre sur le copahu qu'elle comprime avec force, finit par se fondre et par exprimer le médicament demi-liquide à travers la fissure. C'est ce que votre rapporteur a vu arriver à des capsules contenues dans un flacon placé sur la cheminée depuis six semaines, bouché seulement avec un liége, et qui avait été ouvert plusieurs fois. D'autres capsules conservées pendant le même temps dans la même pièce, mais loin du feu, et dans un flacon bouché exactement, n'ont présenté aucune altération.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ACCOUCHEMENTS.

DE L'ACCOUCHEMENT DANS LEQUEL UN BRAS DE L'ENFANT SE PRÉSENTE SEUL, OU EST DÉJA SORTI.

Dès la plus haute antiquité, les médecins qui se sont occupés de l'enseignement et de la pratique des accouchements, ont regardé la présentation et la sortie du bras comme une des plus graves complications qui puissent survenir en pareil cas; et, quoique mieux appréciée aujourd'hui, cette complication n'en est pas moins un cas toujours grave, et souvent fort embarrassant.

Il y a peu d'années, un cas de cette nature est venu, par la triste

célébrité que lui ont donnée les tribunaux, ramener sur ce point l'attention du monde médical; et comme il arrive presque toujours dans les importantes discussions qui se sont élevées à ce sujet, il y a eu des controverses.

Quelques médecins, s'étayant du reste de l'autorité d'auteurs recommandables, à la tête desquels on ne peut sans regret voir figurer un nom si célèbre en chirurgie, celui d'Ambroise Paré, ont cherché à démontrer que dans certains cas la *brachéotomie* était *nécessaire, inévitable* même pour l'extraction du fœtus; tandis qu'aujourd'hui la majeure partie, la presque totalité des auteurs, proscrivent entièrement cette opération, et la regardant comme aussi inutile que barbare. *Baudeloque* avait déjà dit : « *l'idée d'une pareille opération ne peut qu'inspirer de l'horreur.* » Ce grand maître ne craignait même pas de provoquer la sévérité des lois contre les personnes qui se conduiraient, disait-il, avec aussi peu de principes, et aussi peu d'humanité.

Les vœux de Baudeloque étaient certainement dictés par un cœur droit et humain, autant que par des connaissances approfondies dans l'art des accouchements; mais s'il s'était douté qu'un demi-siècle plus tard la magistrature, torturant les articles peu explicites du Code, ferait peser sur les médecins une responsabilité aussi effrayante, peut-être aurait-il été plus réservé en combattant une opération pour laquelle je partage du reste toute sa réprobation, la regardant moi-même comme entièrement inutile.

Cependant, puisque des médecins se sont trouvés, tant parmi les anciens que de nos jours, qui soutiennent l'utilité de la *brachéotomie*, il faut bien admettre que la question n'est pas encore entièrement résolue; or, je pense que lorsqu'il y a controverse sur un point quelconque de la science, chacun doit se faire un devoir de contribuer autant qu'il le peut, à amener une solution, en publiant les cas spéciaux relatifs au point en litige. Tel est le sentiment qui me porte à adresser ces lignes au *Bulletin général de Thérapeutique*, ou plutôt à les soumettre, par l'intermédiaire de cet utile recueil, à mes confrères de province.

Le toucher, ce moyen diagnostique si important dans l'art des accouchements, ne peut ici laisser aucune incertitude; il ne peut y avoir doute qu'à l'égard du côté auquel appartient le bras sorti, et comme, avant d'entreprendre la version, il est important de savoir si on a affaire au bras droit ou au bras gauche, il faut s'assurer du côté auquel se rapporte le bras sorti; rien n'est plus facile que cet examen : il suffit d'appliquer la face palmaire d'une main contre la même partie de celle de l'enfant; et la main de celui-ci sera du même côté que la main de l'accoucheur, si les deux pouces se trouvent du même côté; elle sera l'op-

posée de celle de l'accoucheur, si le pouce de sa main répond au petit doigt de la main de l'enfant.

Il est généralement admis aujourd'hui que lorsque le bras se présente, il faut opérer la version ; c'est-à-dire, aller chercher les pieds, les amener à la vulve, et terminer ensuite l'accouchement comme dans les positions naturelles de ces mêmes parties.

Mais avant de se mettre en devoir d'opérer la version, il ne suffit pas de savoir quel est le bras qui se présente ; il faut encore savoir s'il est plus ou moins sorti hors de l'organe où il était d'abord contenu ; s'il fait saillie dans le vagin, hors de la vulve : la conduite à tenir peut n'être pas la même dans ces différents cas.

C'est surtout l'état de l'utérus qui doit fixer l'attention de l'accoucheur; car c'est de l'état de cet organe que dépendent presque toujours les obstacles qu'on a, bien à tort, attribués à la présence du bras.

Le bras peut se trouver à l'orifice de l'utérus ; il peut même, poussé par d'énergiques contractions, s'engager dans l'orifice utérin avant la rupture des membranes : il peut après la rupture de celles-ci, se trouver dans le vagin, ou enfin, ayant franchi la vulve, être pendant entre les cuisses de la femme.

De ces trois degrés de sortie, les deux premiers ne paraissent d'abord offrir qu'une différence sans importance, et cependant il est des cas où cette différence peut être bien grande par ses résultats : il peut se faire, en effet, dans le premier cas, que l'enfant, peu volumineux, soit mobile dans l'eau de l'amnios, et change de position, ainsi qu'une sage-femme éclairée et très-versée dans la pratique des accouchements, m'en a rapporté un exemple. « L'enfant, peu volumineux, offrit d'abord au toucher une main engagée dans l'orifice de l'utérus, et coiffée par les membranes; les douleurs amenèrent plusieurs changements dans la présentation, qui fut très-variée ; enfin, la tête s'étant présentée, la sage-femme perça les membranes, et tout vint à bien. »

Nous l'avons déjà dit : quel que soit le degré de sortie du bras, l'accoucheur doit s'assurer avec soin de l'état de l'utérus, avant de chercher à opérer la version.

Dans le premier degré de sortie, si l'orifice de l'utérus n'est pas assez dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main, si d'ailleurs aucune complication ne fait une nécessité de terminer l'accouchement, il n'y a aucun inconvénient à attendre : on peut même quelquefois y gagner, ainsi que le prouve le cas que je viens de rapporter.

Mais si l'orifice de la matrice est assez dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main, il y a avantage à aller de bonne heure saisir les pieds, avant que le bras ait fait une saillie plus grande ;

car, bien que sa sortie ne soit pas un obstacle aussi grand que le pensent quelques médecins, encore vaut-il mieux manœuvrer avant sa plus grande sortie.

Dans le second degré, le bras de l'enfant étant dans le vagin, c'est encore l'état de l'utérus qui doit surtout occuper l'accoucheur : il doit d'abord s'assurer si les eaux se sont écoulées; s'il y a longtemps qu'elles le sont; et constater l'état du col utérin. Si la dilatation est suffisante; ou si, bien qu'elle soit encore peu avancée, le col est assez souple pour se prêter facilement à la dilatation artificielle, il doit, sans délai, se mettre en mesure d'opérer la version.

Le troisième degré de sortie du bras est le plus grave à tous égards, et pour la mère et pour l'enfant. C'est dans ce cas que quelques enfants ont été horriblement mutilés, et que les femmes sont souvent exposées à de longues et cruelles souffrances, quelquefois même à perdre la vie.

C'est dans de tels cas que l'homme de l'art doit examiner avec le plus grand soin l'état général de la femme, l'état présumable de l'enfant, et l'état des organes qui concourent à l'accouchement. Alors les parties externes de la génération sont toujours plus ou moins gonflées, et sont, ainsi que les parties internes, très-exposées à l'inflammation.

Si l'accoucheur est appelé peu de temps après l'écoulement des eaux, que l'orifice de la matrice soit dilaté ou dilatable, la complication de la sortie du bras est alors un obstacle plus apparent que réel, il est facile à surmonter; mais il ne faut pas, suivant le conseil de Mauriceau, s'obstiner à le faire rentrer; par cette manœuvre au moins inutile, on perdrait en vains efforts un temps précieux, et on déterminerait le dessèchement et le gonflement des organes de la femme.

Il semble superflu de dire qu'il ne faut pas exercer de tractions sur le bras, et qu'il ne faut pas compter sur l'application d'un linge mouillé pour le faire rentrer. Le temps et des connaissances plus exactes sur le mécanisme de ces accouchements ont fait justice de ces tentatives aussi absurdes qu'irrationnelles.

Dans ce cas cependant, alors même que le bras est profondément engagé, l'accouchement peut se terminer par les seules forces de la nature; mais de tels cas sont bien rares; et on ne les observe guère qu'au moment où la mère, épuisée de fatigue, est près de succomber. Une sage-femme m'a cependant rapporté un cas de cette nature, qui n'eut pas de suites fâcheuses pour la mère; celle-ci, âgée de trente-cinq ans, était en couches depuis trois jours; les eaux étaient écoulées depuis vingt-quatre heures, et le bras était sorti depuis quinze à seize heures. Ceci se passait à deux lieues de Donnemarie, pendant une fort mauvaise nuit du printemps de 1835; on se décida enfin à me faire appeler sur les cinq

heures du matin, je me mis en route; mais un second messager envoyé au-devant de moi m'annonça que la femme était accouchée d'un enfant mort.

Quelques jours après, passant dans cet endroit, j'allai voir la femme qui m'avait fait appeler; elle me raconta ce que je viens d'exposer, et me dit que peu de temps après le départ de la personne envoyée vers moi, les douleurs, qui depuis longtemps ne donnaient plus, s'étaient fait sentir de nouveau; mais qu'alors l'enfant avait présenté le siége, et que l'accouchement s'était ainsi brusquement terminé; ma curiosité fut vivement excitée; j'allai interroger à son tour la sage-femme qui assistait à l'accouchement; elle me dit que depuis longtemps le bras était sorti en entier, si bien qu'elle avait cru que l'enfant allait venir par les épaules au moment où le siége s'était engagé; qu'à dater de ce moment l'accouchement s'était brusquement terminé par la sortie d'un enfant très-faible et mort depuis assez longtemps, pensait-elle.

De tels faits ne sont pas sans exemple; mais quelle foi ajouter au témoignage de deux femmes, dont celle qui est sensée la plus capable pense qu'un accouchement dans lequel le bras se présente peut se terminer par la sortie de l'épaule, et dont l'autre ne fait sans doute que répéter ce que celle-ci lui a dit? Aussi, je me borne à rapporter ce qui m'a été dit; le fait a pu se passer ainsi, et rapporté par une sage-femme instruite, je n'hésiterais pas à y ajouter foi; mais ici je reste malgré moi dans le doute, craignant qu'on n'ait pris le pied pour le bras. De tels cas sont, du reste, de rares exceptions qui n'infirment en rien les règles générales qui leur sont applicables.

Mais, si l'accoucheur n'est appelé que lorsque le col de l'utérus est contracté sur le bras déjà sorti, que la matrice elle-même presse de tous côtés et avec force le corps de l'enfant; lorsque le bras est tuméfié, froid, livide, couvert de phlyctènes; que les parties de la génération externes et internes ont été meurtries, dilacérées; sont enfin dans un état d'inflammation aiguë, quelquefois même, alors que la gangrène commence à s'emparer non-seulement du bras de l'enfant, mais encore des parties de la mère; c'est en pareil cas qu'il a besoin de rappeler toutes ses connaissances, et que la plus grande circonspection doit s'allier à une décision et à une conduite exemptes de lenteur. En ce moment la vie de deux êtres et sa propre réputation sont entre les mains de l'accoucheur : et, comme si ce n'était assez de l'humanité qui, en pareil cas, est si vivement excitée, et à laquelle se joint encore une responsabilité morale, dont l'homme consciencieux sent tout le poids; les tribunaux, matérialisant, pour ainsi dire, la responsabilité médicale, viennent encore ajouter ce fardeau décourageant, à tant de circonstances capables de troubler quelquefois l'accoucheur le plus instruit.

On sent aisément qu'ici la conduite de l'accoucheur doit être différente, suivant l'état général de la femme et l'état particulier des organes de la génération.

Dans le cas où le col de l'utérus embrasse étroitement, et comprime le bras, où l'utérus entier lui-même semble se mouler sur le corps de l'enfant, il importe de s'assurer si cet état a lieu immédiatement après la rupture des membranes, et la sortie des eaux, s'il est dû aux contractions de la matrice par suite des efforts auxquels se livre la femme; ou enfin si cet état a été entretenu ou occasionné par le toucher trop souvent répété, ou par des tractions sur le bras.

Dans le premier cas, lorsque le resserrement du col de l'utérus a suivi immédiatement la sortie des eaux, il y a moins de gravité; en effet, il n'est pas un accoucheur qui, pour peu qu'il porte d'attention aux phénomènes d'un accouchement, n'ait observé que le col de la matrice, très-dilaté au moment de la rupture de la poche des eaux, se resserre quelquefois brusquement après la sortie de celles-ci. Il arrive souvent aussi que cet état de spasme cesse bientôt, et qu'un peu de repos accordé à la femme suffit pour amener le relâchement du col. Il faut donc alors attendre un peu, engager la femme à ne se livrer à aucun effort, et la mettre dans une position favorable : si néanmoins le resserrement persiste, on fera mettre la femme sur un vase contenant de l'eau chaude, la vapeur étant très-propre à faciliter la dilatation; si le ventre est tendu, douloureux, on le couvrira de fomentations émollientes.

Dans ce premier cas, comme dans les suivants, on doit s'abstenir de toute tentative forcée pour introduire la main dans la matrice; car, en admettant qu'on y parvienne, ce n'est qu'après des efforts réitérés, qui contondent, blessent les parties de la femme, augmentent souvent les contractions, et partout le resserrement de la matrice et de son col; provoquent enfin ou déterminent des accidents souvent mortels par la suite.

Ces tentatives, aussi maladroites que funestes, sont nuisibles même à l'accoucheur; il n'est pas un praticien qui ne sache avec quelle énergie le col utérin contracté presse et comprime les parties qu'il embrasse; si donc on a le bras dans l'utérus pendant que cet organe, surexcité par ce corps étranger, se livre à de fortes contractions, on ne tarde pas à éprouver dans le membre un engourdissement qui met dans l'impossibilité de remuer même les doigts; et il peut arriver qu'on ait la main sur les pieds, sans avoir la force de les saisir; ce que j'ai moi-même éprouvé. Il faut alors, de toute nécessité, retirer son bras pour y rappeler le mouvement : mais ces introductions répétées sont douloureuses pour la femme; elles augmentent les difficultés de la manœuvre, en déterminant le gonflement des parties; elles fatiguent l'accoucheur, retardent

l'accouchement, et compromettent de plus en plus la vie de la mère et celle de l'enfant.

Il importe donc, avant de tenter la version, d'employer tous les moyens capables de concourir à en faciliter l'exécution; nous avons déjà indiqué quelques-uns de ces moyens; il en est d'autres si usuels, qu'il semble superflu de les rappeler, comme de vider le rectum par un clystère, s'il y a lieu; etc., etc. Mais le moyen le plus avantageux en pareil cas, celui auquel il faut recourir, lorsque ceux que nous avons indiqués ou supposés connus sont insuffisants : c'est la saignée, moyen puissant, employé trop rarement peut-être, souvent trop tard, ou avec trop de timidité.

Il ne faut pas attendre, pour avoir recours à la saignée, que des efforts prolongés aient épuisé les forces de la femme, et compromis davantage la vie de l'enfant déjà en si grand péril.

Lorsqu'on a reconnu l'indication de la saignée, il faut la pratiquer sans retard, et ne pas craindre de la répéter même plusieurs fois, lorsqu'une ou deux saignées n'ont pas amené un relâchement suffisant.

L'emploi des bains, joint à la saignée, concourt très-efficacement à amener le résultat désiré; on ne devra donc pas négliger ce moyen quand on pourra le mettre en usage. Je dis quand on pourra, car, à la campagne nous n'avons pas, comme dans les villes, toutes les ressources de l'art à notre disposition, et nous avons, au contraire, à lutter contre l'ignorance et les préjugés populaires. Imbu de préjugés, et aussi incrédule qu'ignoraut, le paysan ne peut comprendre l'utilité des moyens dont la portée est au-dessus de son intelligence bornée; et, par une humanité mal entendue, il s'obstine contre tout ce qui, en pareil cas, lui semble devoir affaiblir la femme, s'imaginant toujours qu'elle ne saurait, au contraire, avoir trop de forces. Préjugés funestes, qu'a trop longtemps entretenus l'ignorance des praticiens, et que ménagent encore les médecins de nos jours, soit par faiblesse, soit par un calcul aussi blâmable qu'indigne d'un honnête homme (1). L.-H. GERY, D.-M.

à Donnemarie, (Seine-et-Marne).

PRATIQUE.

Ablation d'un énorme testicule cancéreux.—Il est des opérations qui offrent dans leur exécution de graves difficultés, et dans leurs suites

(1) Nous donnerons la fin de ce travail dans le prochain numéro.
(*Note du rédacteur.*)

d'immenses dangers pour les malades; mais ce n'est pas une raison pour abandonner ceux-ci aux progrès du mal, et par suite à une mort certaine, surtout lorsque l'âge, le tempérament et l'état satisfaisant de la santé générale du sujet peuvent donner quelque chance de succès au chirurgien auquel celui-ci se confie. Un homme de trente-six ans qu'a opéré il y a quelques jours M. Lisfranc, à la maison de médecine opératoire du boulevard Mont-Parnasse, se trouvait exactement dans ce cas.

Ce malade portait, depuis trois ans, une masse squirrheuse qui avait envahi le testicule droit, la moitié antérieure du périnée de ce côté et remontait à deux pouces de la paroi antérieure de l'abdomen au pourtour de l'orifice sus-pubien du canal inguinal, qui avait un diamètre six fois plus considérable que dans l'état normal, et dans lequel le carcinome pénétrait; sa verge, complétement effacée, faisait corps avec la tumeur, mais n'avait pas subi de dégénérescence. Cependant ni le ventre, ni le bassin ne présentaient d'engorgement, ce qui faisait penser que le mal se terminait à la face externe du péritoine.

Dans l'opération faite avec beaucoup d'habileté par M. Lisfranc, le dartos du côté gauche, l'urètre et la verge ont été épargnés par une longue et difficile dissection. Arrivé à l'orifice inférieur du canal inguinal, il a trouvé le cordon testiculaire dégénéré et entouré d'une couche aponévrotique épaisse. Après s'être assuré qu'il n'y avait pas de hernie derrière l'aponévrose, il l'a incisée circulairement avec précaution. Le canal étant ainsi ouvert, il s'est assuré que les parois n'avaient contracté aucune adhérence. M. Lisfranc a exercé unn légère traction sur la tumeur, et la partie désorganisée du cordon s'est montrée au dehors; mais en même temps aussi une petite portion de l'épiploon est sortie de l'abdomen. Elle a été immédiatement réduite : il est probable que la déchirure du péritoine a tenu à son adhérence au squirrhe. Une ligature en masse a été faite sur le cordon, au-dessus du mal, parfaitement isolé d'ailleurs; mais pour qu'elle ne glissât pas, et parce qu'on n'avait pas pu la placer plus haut, M. Lisfranc a coupé un tiers de pouce au-dessous de la partie supérieure de la maladie : la petite portion du squirrhe restée au-dessous du lien a été frappée de mort, et est tombée en déliquium, après avoir pourtant pendant quelques jours fait fonction de bouchon, et s'être opposée à l'issue nouvelle de l'épiploon.

Quelques heures après l'opération, déjà la fièvre traumatique était très-développée; l'abdomen commençait à se ballonner; des éructations avaient lieu; des douleurs assez fortes se faisaient sentir dans le flanc du côté de la plaie : des cataplasmes émollients laudanisés, quarante sangsues sur le ventre, la diète absolue et des boissons émollientes ont abattu ces symptômes. Le lendemain, le volume de l'abdomen avait diminué, la douleur était moindre; trente nouvelles sangsues sont posées sur le même point, et le soir une saignée de deux palettes est pratiquée. Le troisième jour, cessation complète des accidents. Cependant le pouls est encore assez développé, assez fréquent : on fait au bras une autre saignée d'une palette. Aujourd'hui, douzième jour de l'opération, la plaie marche franchement vers la cicatrisation. La ligature du cordon n'est pas tombée. Le malade digère parfaitement bien : tout annonce sa guérison prochaine.

Ulcères suite de tatouage. — L'on sait l'habitude qu'ont les soldats de faire imprimer sur leurs bras, sur leur poitrine, des dessins coloriés, par le procédé du tatouage. Jusqu'à présent on n'avait eu aucun motif médical pour blâmer cet usage. Cependant de nouvelles observations faites à l'hôpital du Gros-Caillou donnent l'assurance que ce tatouage détermine des ulcères. On voit dans les salles de M. Poirson, sur plusieurs militaires, un grand nombre de petits ulcères, non seulement entre les dessins, mais dans des points plus éloignés, à la face interne du bras, près de l'aisselle. Les caractères de ces ulcères sont les suivants : ils se développent de préférence sur le trajet des vaisseaux lymphatiques; chaque ulcère est entouré d'une auréole érysipélateuse qui se confond avec celle des ulcères voisins; des traînées rosées les mettent en communication avec les plus éloignées. Cet état inflammatoire des lymphatiques s'accompagne chez quelques sujets de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, et constitue sous quelques points un véritable érysipèle phlegmoneux. La profondeur des ulcères est variable, cependant elle ne dépasse jamais l'épaisseur du derme; il présente un aspect grisâtre, ses bords sont coupés à pic et un peu renversés; ils sont assez exactement ronds. Ils ont aussi l'aspect syphilitique, quoique les individus n'aient point eu la syphilis.

Le traitement employé consiste dans un simple pansement avec l'onguent mercuriel, mêlé à parties égales de cérat. Cet onguent agit avantageusement; mais il faut quelquefois en faire précéder l'emploi par quelques applications de sangsues; et, quand le fond de l'ulcère ne change pas de nature, il faut le saupoudrer avec un mélange de poudre de quinquina et de charbon.

Pommade contre l'alopécie. — Nous avons, il y a trois ans, publié une formule de pommade dont les succès avaient été éprouvés contre la chute des cheveux, si fréquente à la suite des maladies longues et graves. En voici une qui a quelques rapports avec celle que nous avons donnée, et que préconise un médecin allemand, M. le docteur Schneider.

Prenez :	Suc de citron récemment exprimé. .	un gros.
	Extrait de quinquina.	deux gros.
	Moelle de bœuf.	deux onces.
	Teinture de cantharides.	un gros.
	Huile de cèdre.	un scrupule.
	Huile de bergamote.	dix gouttes.

Mêlez.

Avant d'employer cette pommade, on doit laver et nettoyer la tête, la veille, avec de l'eau de savon, en y ajoutant quelques cuillerées à café d'eau de Cologne; le lendemain matin, on prend de la pommade avec la pointe d'un couteau, et l'on frotte la tête avec soin. On fait ces frictions tous les matins. Suivant M. Schneider, un mois ou six semaines suffisent pour faire recroître les cheveux.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LES NÉVRALGIES CONTINUES ET INTERMITTENTES.

S'il est une maladie dont la douleur aiguë, persistante, fatigue, épuise le malheureux qui en est atteint, c'est assurément ce qu'on appelle une névralgie; expression juste, annonçant le symptôme prédominant, exclusif, mais qui ne donne aucune idée de la maladie en elle-même. Sur ce point, il faut le dire, la pathologie en est réduite aux plus obscures notions, aux connaissances les plus vagues, aux résultats les plus incertains. Qu'est-ce qu'une névralgie? c'est une irritation douloureuse du nerf? Qu'est ce qui détermine l'irritation douloureuse de ce nerf? Ici, aucune réponse satisfaisante : c'est *l'éléphant posé sur la tortue*.

Autrefois on n'était nullement embarrassé; c'était tout simplement une humeur âcre portée sur le nerf, et cette explication en valait bien une autre. Mais depuis que les *raptus* ont succédé aux *attritus*, aux *infractus* de l'ancienne pathologie, on s'en tient au fait purement et simplement; on constate une douleur vive, poignante, dilacérante, fixe ou s'étendant par irradiation ou *fulguration*, selon la belle expression de Cotugno. On a raison de s'en tenir au phénomène sensible, puisqu'on ne peut aller plus loin, mais on ne fait pas attention que de cette manière la thérapeutique est essentiellement bornée, incertaine, disons mieux, tout-à-fait empirique; et puis, étonnez-vous si les moyens anti-névralgiques sont si nombreux, si différens, si opposés, et si incertains dans leur action; si le praticien est toujours réduit à tâtonner, à essayer ceci, puis cela, sans avoir une règle sûre, un principe certain, une indication positive! Mais cette indication existe, dira-t-on, c'est de calmer la douleur; sans doute, mais comment la calmer, si on ne peut remonter à la source du mal, à sa cause primordiale. C'est comme si on disait que dans une fièvre quelconque, l'indication est de calmer l'état du cœur et du pouls. On sent ici le vague où l'on se plonge. Aussi voyez, quand il y a une névralgie violente, ce que font la plupart des praticiens, celui-ci suit la méthode anti-phlogistique, cet autre court aux opiacés, qu'il emploie sous toutes les formes, à toutes les doses; un troisième n'espère que dans les révulsifs, et il en applique partout, de près ou de loin, en dedans, au dehors; un quatrième n'a de confiance que dans les sédatifs saturnins, qu'il a vu réussir. Mais

comme la plupart de ces moyens comptent des revers et des succès, sans qu'on puisse jamais dire que telle méthode, telle substance est applicable à telle ou telle névralgie, de là cet immense arsenal thérapeutique où l'on puise, tantôt un remède, tantôt un autre; et si aucun ne réussit, comme il arrive souvent, on suppose alors une sorte de spécialité individuelle, d'idiosyncrasie, et on s'en tient là jusqu'à ce que le mal s'épuise, et quelquefois le malade.

Je crois donc que dans la plupart des névralgies, on ne s'enquiert pas assez des causes et qu'on s'attache trop au phénomène prédominant de la douleur. Je n'ignore pas que dans beaucoup de cas cette cause est tout-à-fait obscure, mais aussi dans certains cas on arrive à cette cause par une investigation attentive, soutenue, minutieuse, et à peine touche-t-on à ce but que les indications deviennent aussi formelles qu'évidentes. Je pourrais citer beaucoup de faits à l'appui de ces assertions, je me contenterai des deux suivants.

M. B. éprouvait de temps en temps une violente névralgie du nerf sus-orbitaire gauche : on ne s'occupa nullement à en rechercher la cause; quand le malade souffrait, on tâchait de calmer les douleurs et on s'en tenait là. Mais aussi qu'arriva-t-il? c'est que ces douleurs persistaient souvent un mois ou six semaines et d'une manière cruelle, puisqu'une fois calmées elles menaçaient sans cesse de revenir. Un médecin ayant été consulté, il s'enquit avec soin des antécédents du malade, et il apprit que celui-ci avait été deux fois atteint de la maladie vénérienne, dont probablement il n'avait été traité que superficiellement; il fit part de ces remarques, mais on ne les crut nullement fondées, 1° parce que les traitements anti-vénériens avaient été longs; 2° parce qu'aucun autre symptôme n'annonçait que la névralgie avait un principe syphilitique; 3° enfin, parce que ce principe étant permanent, pourquoi la névralgie n'existait-elle pas toujours? Nonobstant ces objections, le médecin persista dans son opinion, le malade se soumit à un traitement méthodique, et il fut tout-à-fait délivré de sa névralgie.

Je fus consulté, il y a six semaines environ, pour une jeune dame qui éprouvait une névralgie frontale très-vive à chaque époque menstruelle. Ce fait pouvait s'expliquer par le mouvement de perturbation organique général qui a lieu à cette époque, mouvement qui influe même sur le moral de certaines femmes, ou bien encore par une excitation nerveuse toute particulière. Toutefois, comme la douleur était longtemps très-vive, comme la névralgie reparaissait avec une constance désespérante, je pris quelques informations plus précises, et j'appris que cette jeune dame, chez laquelle les menstrues étaient très-abondantes, croyait bien faire en les modérant au moyen de compresses d'eau froide qu'elle s'appli-

quait sur la vulve et l'hypogastre. Je lui fis sentir le danger d'une telle pratique; elle y renonça, la névralgie disparut.

Il y aurait encore bien d'autres questions à agiter sur les névralgies en général : par exemple, pourquoi les nerfs de la vie extérieure ou de relation y sont plus exposés que ceux de la vie intérieure; car dire que l'*angine de poitrine*, la *gastrodynie*, l'*asthme*, l'*hystérie*, l'*hypochondrie*, ne sont que des névralgies, c'est avancer une proposition sans démontrer pourquoi, parmi les nerfs extérieurs, ceux de la tête y sont plus sujets que ceux des autres parties du corps; pourquoi la névralgie est-elle tantôt continue, tantôt intermittente, etc. Mais ces questions tombent dans cette masse de *desiderata* pathologiques que nous léguerons à nos successeurs : y a-t-il inflammation ou simple irritation? Il en est de même pour la thérapeutique très-incertaine, comme je l'ai dit, et qui reste jusqu'à présent dans le plus complet empirisme.

Au moins, dans les névralgies intermittentes ou rémittentes, le praticien a-t-il un point d'appui, si l'on peut s'exprimer ainsi, ou une indication qu'on ne peut méconnaître, celle d'arrêter les accès le plus tôt possible. Ici nous avons un moyen très-actif pour la guérison, et pourtant combien de fois les sels de quinine ont été tout-à-fait sans succès, soit par une disposition toute spéciale de l'individu, soit par la cause même de la maladie qu'on ignore ou qu'on ne peut atteindre! En voici un exemple des plus remarquables. Un courrier, M. V., âgé de quarante ans environ, d'un tempérament robuste, actif, mais nerveux et irritable, fut atteint, en 1828, d'une névralgie faciale intermittente : les douleurs partaient de la conque de l'oreille droite, de l'arcade zygomatique, et s'étendaient sur le front et l'orbite du même côté. L'accès, très-douloureux, commençait vers dix heures du matin et ne se terminait que le soir; il ne restait plus qu'un sentiment de pesanteur à la tête, qui se dissipait après deux heures de sommeil : des sangsues furent appliquées, puis des vésicatoires, enfin on appliqua le sulfate de quinine à hautes doses, et la maladie guérit. L'année suivante, cette névralgie reparut avec le même caractère d'intermittence. Toutefois les mêmes moyens ayant été employés n'eurent aucun succès; le sulfate de quinine, quoique donné à des doses très-élevées, n'arrêta point les accès. Comme on voulait combattre la maladie par de nouveaux moyens thérapeutiques, il se forma un abcès dans le conduit auditif du côté malade, abcès qui, s'étant ouvert, donna issue à un corps étranger : on l'examina avec soin, et l'on reconnut que c'était un *pois* qu'en effet le malade se rappela avoir été introduit dans son oreille à l'âge de huit ans, et qu'on n'avait pu retirer. Depuis cette époque, la névralgie n'a pas reparu. Cette observation très-authentique donne lieu à des phénomènes à peu près inexplicables pour nous : comment ce

corps étranger a-t-il pu séjourner si longtemps, sans déterminer aucun accident? comment la cause étant permanente, la névralgie était-elle intermittente? enfin, comment cette même névralgie a-t-elle pu être guérie par la quinine, la première fois qu'elle parut, tandis que le même médicament a échoué l'année suivante? Au reste, de pareils faits ne sont pas rares, et on en trouve d'analogues dans les fastes de l'art. Fabrice de Hilden, si je ne me trompe, rapporte l'histoire d'un jeune homme atteint d'épilepsie, qui guérit complétement de cette redoutable maladie, après l'expulsion d'une boule de verre, introduite depuis plusieurs années dans une oreille. On a vu aussi des turbercules squirrheux développés dans le tissu même d'un nerf et les douleurs n'être pourtant qu'intermittentes, mais, toutefois, irrégulièrement.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique des névralgies intermittentes trouve dans la quinine un médicament puissant; l'essentiel est de l'administrer méthodiquement, et j'entends par là : 1º de l'administrer dans des circonstances favorables et bien saisir l'à-propos de son administration : j'ai vu de névralgies rémittentes devenir subiutrantes, puis continues, qu'on ne pouvait plus ensuite attaquer par ce médicament héroïque; 2º d'en élever brusquement les doses, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente pernicieuse. Quant à moi, j'ai l'habitude, en même temps que je fais donner le sulfate de quinine, de prescrire des lavements d'une forte décoction de quinquina; c'est un moyen que je recommande particulièrement, parce que les résultats en sont toujours avantageux; on sait d'ailleurs que l'injection dans le rectum d'un médicament quelconque est suivie d'une très-prompte absorption. Quelquefois même, et surtout dans le cas de surexcitation nerveuse, je fais ajouter quelques gouttes de laudanum aux lavements de quinquina. Il est peu de névralgies intermittentes qui résistent à ces moyens bien combinés et promptement administrés, et pourtant le cas suivant prouve combien il est quelquefois difficile d'arrêter les paroxysmes de cette cruelle affection. Madame B....., veuve d'un de nos confrères de province, se trouvant à Paris dans l'hiver de 1833, y fut atteinte d'un très-violent coryza, à la suite duquel se manifesta une névralgie frontale intermittente; le sulfate de quinine n'ayant pas réussi, non plus que les lavements de quinquina, j'augmentai les doses, je fis appliquer en même temps un vésicatoire saupoudré de quinine à la tempe droite, en sorte que, l'économie, se trouvant saturée pour ainsi dire de quinine les paroxysmes finirent par céder, ayant d'ailleurs la précaution d'y recourir par fractions, jusqu'à ce qu'on fût assuré de la guérison.

A ce sujet, je rappellerai que les *lavements de quinquina* furent annoncés, il y a quelques années, par M. Hip. Cloquet, comme ayant une

efficacité des plus marquées pour arrêter chez les enfants les fièvres dites *cérébrales*. Une multitude de faits confirmèrent l'assertion de ce médecin. Mais le physiologisme, système faux, dangereux et de *funeste souvenir*, comme on l'a si bien dit dans ce recueil, ayant fait sa brillante apparition sur l'horizon de la science, les conseils de M. Cloquet furent oubliés. On ne vit plus que des méningites, des encéphalites, des spinites : or Dieu sait quel *farrago* anti-phlogisque on leur a opposé et combien de succès on a obtenus. Mais aujourd'hui qu'on sait que les ouvertures des cadavres ne démontrent que très-imparfaitement ces prétendues inflammations, qu'il y a surtout dès le début un état nerveux très-prononcé, et qui pourtant présente plus ou moins d'intermittence, nous conseillons fortement de revenir aux lavements de quinquina, qu'on répète selon les effets produits, moyens qu'on seconde extérieurement par des frictions mercurielles sur le vertex et le rachis, et intérieurement par le calomel. Je puis assurer avoir obtenu des résultats bien autrement avantageux, que par d'abondantes saignées et l'application de la glace sur la tête. Au reste, je reviendrai plus tard sur ce sujet si intéressant pour la thérapeutique. Reveillé-Parise.

SUR L'ACTION ANTI-SUDORIFIQUE DES LAVEMENTS ANTI-DIARRHÉIQUES EMPLOYÉS CHEZ LES PHTHISIQUES, PAR M. ALPH. DEVERGIE.

Lorsque je publiai l'année dernière, dans le *Bulletin de thérapeutique*, les succès que j'avais obtenus de l'emploi de quarts de lavements composés d'acétate de plomb, de carbonate de soude et de laudanum, pour arrêter la diarrhée des phtisiques qui les conduit si rapidement à la mort, j'avais remarqué que dans plusieurs cas où des sueurs abondantes coïncidaient avec la diarrhée, les sueurs cédaient avec elle. Ayant, depuis cette époque, été attaché à l'hôpital de Bicêtre, je n'ai eu que peu d'occasions de mettre en usage cette médication sous le point de vue thérapeutique. Cependant elle m'a parfaitement réussi comme anti-sudorifique chez un homme de quarante ans, aveugle et affecté de douleurs névralgiques accompagnées de sueurs très-abondantes. Chez lui l'acétate de plomb, donné en pilules dont j'avais augmenté progressivement la dose jusqu'à produire des coliques, n'avait eu aucune action, tandis qu'il a suffi de six demi-lavements d'acétate de plomb administrés en trois jours, et à dose progressive, pour les faire cesser.

Mais depuis la publication de cette formule (1), divers essais viennent d'être, sous ce rapport, faits à l'hôpital Cochin par M. Pavet de Courteille. M. Pourrat, élève externe du service, m'en a remis les observations, et je les livre à la publicité, afin que l'on soit à même d'en vérifier l'exactitude par de nouvelles applications.

Ces essais ont porté 1° sur trois phthisiques, dont deux tuberculeux sans cavernes, et le troisième avec cavernes des deux côtés de la poitrine. Il a suffi de l'administration des lavements pendant trois ou quatre jours pour arrêter les sueurs copieuses qui les affaiblissaient.

Le même résultat a été obtenu chez un homme qui portait dans la région épigastrique un engorgement considérable, paraissant appartenir aux parois de l'estomac, et qui avait des vomissements noirs.

Enfin, l'observation suivante, recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Pavet de Courteille, tend à donner à ces lavements une propriété anti-sudorifique bien énergique.

Le 30 mai 1837, est entré au n° 15 de la salle Saint-Hugues la nommée Robbe, domestique, âgée de trente ans.

Cette femme avait accouché le 10 mai précédent; l'accouchement et les suites de couches n'avaient pas été accompagnés d'accidents ; le dix-septième jour la malade commença à sentir des douleurs vives dans l'articulation radio-carpienne droite; le bras ne pouvait plus agir sur la main; l'articulation s'engorgea; c'est alors qu'elle entra à l'hôpital.

Le poignet droit était gonflé, l'articulation très-douloureuse; tout espèce de mouvement impossible. Il y avait de la fièvre; l'appétit était nul; des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans le bras; cette articulation n'était pas la seule prise, l'articulation du pied droit était aussi affectée; le mal cessa bientôt dans cette articulation; deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, on s'aperçut qu'elle avait des sueurs abondantes, au point d'être obligée de la changer de draps, de matelas même, ainsi que de chemise jusqu'à quatre fois par nuit, et autant dans la journée.

Ces sueurs extrêmement abondantes ont duré pendant *vingt-huit jours* sans diminution, malgré l'emploi des remèdes considérés comme anti-sudorifiques, tels que l'acétate de plomb en pilules, porté à huit

---

(1) Voici cette formule :

Acetate neutre de plomb.	deux gros.
Carbonate de soude.	un gros.
Laudanum de Sydenham	quatre gouttes.

pour un quart de lavement répété matin et soir.

Voyez, pour les indications et les détails pratiques, l'article de M. Devergie, tome XI, chap. 148. (*Note du rédacteur.*)

grains par jour, le quinquina en décoction, l'agaric, la décoction de gomme kino, etc., etc. Le poignet de la malade était toujours tendu et extrêmement douloureux, malgré les sueurs qui avaient lieu, et que l'on avait espéré devoir être critiques. Le 28 juin on donna dans la matinée un demi-lavement composé de deux grains d'acétate de plomb, un grain de carbonate de soude, et six gouttes de laudanum, après avoir préalablement vidé l'intestin. La malade, le lendemain, nous dit qu'elle avait beaucoup moins sué; qu'elle avait reposé plus tranquillement, car ordinairement, lorsqu'elle voulait s'assoupir, les sueurs la réveillaient, et elles étaient tellement abondantes qu'on avait été obligé de couper les cheveux; elle n'avait été changée que deux fois. Le 29 et le 30, les sueurs diminuèrent, et enfin on en vint à ne changer la malade qu'une fois dans vingt-quatre heures. Hier, 1er juillet, on a administré le demi-lavement avec quatre grains d'acétate de plomb, deux grains de carbonate de soude, et dix gouttes de laudanum; la malade n'a pas été changée dans les vingt-quatre heures; elle est aujourd'hui dans un état parfait de tranquillité; il y a trois jours qu'elle se lève et se promène, et elle n'a pu se lever que lorsque les sueurs ont un peu cessé: les forces étaient fortement abattues pendant que les sueurs existaient. Le 4 juillet, la malade ne transpire plus et n'a pas été changée depuis quarante-huit heures. Depuis ce jour jusqu'au 19 juillet, les sueurs ont complétement disparu; le bras va de mieux en mieux. Peu de jours après la malade complétement guérie, et n'ayant plus eu de sueurs, sort de l'hôpital.

Je rappellerai qu'il faut débuter par l'administration de deux demi-lavements, l'un le matin, l'autre le soir, après évacuation préalable des matières fécales; que les lavements doivent être composés de deux grains d'acétate de plomb, un grain de carbonate de soude, et quatre gouttes de laudanum de Sydenham; que le lendemain, ou au plus tard le surlendemain, la dose doit être portée à quatre grains d'acétate pour chaque demi lavement, deux grains de carbonate, la quantité de laudanum restant la même; que l'on peut aller jusqu'à huit grains d'acétate de plomb, et quatre grains de carbonate de soude.

J'ajouterai que ces deux substances ne doivent jamais être préparées longtemps à l'avance; qu'elles ont beaucoup plus d'action lorsque l'on en opère le mélange après dissolution isolée préalable, au moment même où on donne le lavement, et que, dans tous les cas, il est convenable d'agiter le liquide avant l'administration. ALP. DEVERGIE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES VARICES ET DU VARICOCÈLE, PAR L'ÉTRANGLEMENT DES VEINES AU MOYEN DES ÉPINGLES.

Les varices ou veines dilatées, si fréquentes chez les gens de peine, sont généralement eonsidérées eomme une simple infirmité de peu d'importance; mais elles exposent à des accidents qui peuvent les eonvertir en maladies plus ou moins graves. Depuis le eélèbre Copernie, qui mourut, dit-on, d'une rupture de varices, les archives de la seienee ont offert de nombreux exemples de ee funeste événement. Leur résultat le plus ordinaire est de donner lieu à des uleérations interminables, qui quelquefois ont obligé les malades à sollieiter l'amputation du membre. Néanmoins certains pratieiens ont cru devoir proserire toute espèee de traitement. Le moyen palliatif le plus aeerédité eonsiste dans l'emploi d'un bandage eompressif méthodiquement appliqué, ou dans l'usage d'un bas de forte toile ou de peau de ehien, étroitement lacé du eòté opposé à la maladie; mais ehez les personnes livrées aux travaux physiques, ees appareils se dérangent faeilement; les bas, surtout, se froneent et forment des espèees de eordes qui eompriment, enflamment, excorient la peau, déterminent des abeès ou des indurations inégales qui bientôt en font rejeter l'usage non moins dangereux qu'ineommode.

Les topiques astringents sont aujourd'hui tombés dans l'abandon; et parmi les moyens euratifs on ne mentionne plus que l'extirpation, la cautérisation, la ligature et l'incision seule ou combinée avec le moyen préeédent.

L'extirpation qui dompta le stoïeisme de Marius n'est guère applicable qu'aux tumeurs variqueuses agglomérées; eette opération ne diffère plus alors de eelle que nécessitent les simples tumeurs.

La cautérisation transeurrente, ou les raies de feu appliquées aux variees et proposées par Dionis, paraissent un moyen rationnel, si l'on juge par les résultats qu'elles procurent à l'art vétérinaire; mais peu de malades eonsentiraient à s'y soumettre.

La ligature et l'ineision, proposées par Avieenne, sont généralement plus usitées. M. Rieherand, après J. L. Petit, a pratiqué l'ineision des veines, suivant leur longueur; il pansait ensuite à plat, au moyen

d'un plumasseau de cérat maintenu par un bandage roulé, jusqu'à cicatrisation du fond de la plaie.

Béclard découvrait la veine au-dessus de la tumeur, la soulevait au moyen d'un stylet armé d'une ligature qu'il serrait; puis il divisait le vaisseau immédiatement au-dessus. Home et Travers signalent le danger de la phlébite par le bout supérieur. Pour parer à cet inconvénient, M. Brodie imagina d'inciser les téguments à côté de la veine, de glisser un petit bistouri entre deux, puis, tournant le tranchant en bas, de diviser la veine ainsi soustraite au contact de l'air; mais alors, si le vaisseau ne se réunit pas, ce qui rend l'opération inutile, l'épanchement sous cutane détermine une inflammation suppurative, dangereuse. Tous ces procédés, plus ou moins préconisés par leurs auteurs, sont aujourd'hui presque entièrement abandonnés à cause des accidents graves auxquels ils donnaient naissance.

Certainement la division du vaisseau et le contact de l'air sont, à notre avis, les causes principales des désordres sans nombre qu'ont amené ces tentatives. Nous avons vu, peu de temps après ces opérations, des douleurs se manifester dans le trajet de la veine, être suivies d'une sensibilité excessive du membre, avec rougeur et gonflement œdémateux; les articulations devenir douloureuses, la fièvre s'allumer, du délire survenir, et le plus souvent le malade succomber. Dans ces cas l'inflammation se communiquait aux grosses veines, aux troncs, et parvenait jusqu'au cœur; on trouvait dans ces vaisseaux, tantôt du pus phlegmoneux, tantôt du pus mêlé à du sang, tantôt du sang ramolli et alteré, semblable à de la lie de vin. Dans les circonstances les plus heureuses on pouvait maîtriser l'inflammation; et celle-ci, bornée à un point plus ou moins étendu de la veine intéressée, amenait alors l'oblitération. Mais ces circonstances heureuses étaient si rares, que sur neuf cas observés par nous et traités par l'incision, huit ont succombé.

Les dangers de ces divers modes d'opération ont fait tenter une nouvelle méthode qui, d'après les résultats nombreux et extrêmement satisfaisants obtenus par nous et par d'autres chirurgiens, doit être proclamée comme la meilleure et recommandée comme telle aux praticiens. Par ce procédé, qui n'entraîne aucune émission de sang, presqu'aucune douleur, on arrive sûrement à l'oblitération de la veine, sans avoir à redouter aucun accident traumatique : point d'hémorragie, point d'inflammation, point de phlébite, point d'abcès.

Ce procédé est des plus simples; il consiste à saisir avec les deux doigts de la main gauche la veine et la peau, à les tirer un peu en avant dans les points où ces vaisseaux sont unis d'une manière lâche aux parties environnantes; et dans le même moment, à traverser le pli de

peau qui renferme la veine, au moyen d'une grosse épingle ordinaire; cela fait, il s'agit d'employer une nouvelle force comprimante, propre à interrompre le cours du sang dans le vaisseau; elle consiste en un fil entortillé en huit de chiffre autour des deux extrémités de l'épingle. En pratiquant cette espèce de suture entortillée, il faut avoir le soin de serrer assez pour que la circulation soit tout-à-fait arrêtée dans le vaisseau, mais cependant pas trop pour ne pas intéresser les parois de la veine.

Dans le cas où il existe des adhérences de la peau et des parties sous-jacentes, comme cela a lieu dans les ulcères variqueux, surtout quand une inflammation chronique a épaissi les parois de la veine et le tissu cellulaire environnant, il faut plonger l'épingle à une plus grande distance du vaisseau, l'enfoncer plus profondément, et traverser ainsi plus de parties molles. Pour aider la pointe de l'épingle à sortir du côté opposé et empêcher la peau, qui offre dans ce cas plus de résistance, à fuir devant l'instrument, il faut, avec un des doigts, exercer une pression dans ce point.

On comprend, il est vrai, dans ces circonstances, une plus grande quantité de parties molles dans la ligature; mais on évite ainsi la lésion de la veine et les accidents qui pourraient survenir à la suite de cette piqûre. C'est là ce qui doit principalement fixer l'attention de l'opérateur; cette lésion de la veine doit être évitée soigneusement : pour cela, il faut que les épingles, au lieu d'être très-effilées, soient un peu arrondies à la pointe. Elles glissent mieux ainsi à travers les tissus.

L'opération terminée, les téguments sont un peu ridés par l'action du fil sur l'épingle, comme aussi l'épaisseur des parties molles placées entre ces deux bouts est diminuée; par conséquent la veine est comprimée et plissée, et toute circulation y est arrêtée.

La douleur qui résulte de la piqûre des parties molles est ordinairement très-peu vive, c'est une espèce d'acupuncture; aucun tissu ne se trouve déchiré, les lames en sont pour ainsi dire écartées par l'épingle. Le malade souffre un peu plus lors de la pression du fil sur l'épingle, mais cette souffrance ne dure pas plus de quelques minutes.

Le nombre des épingles à appliquer doit être en rapport avec le nombre des varices et l'étendue de la lésion des veines; c'est ainsi que les varices qui occupent la veine saphène obligent à employer de six à huit épingles; il faut en placer à la cuisse, quand les veines de cette région sont altérées; si on se conduisait autrement, si on employait un moins grand nombre d'épingles, la circulation pourrait se faire par les collatérales, et le cours du sang n'étant pas interrompu dans la veine, l'opération deviendrait inutile.

Les veinules qui offrent quelque dilatation doivent être comprimées. Du reste, on peut multiplier le nombre des épingles sans aucun danger.

Au bout de deux ou trois jours, la peau, au pourtour de l'épingle, est rouge et légèrement enflammée; mais aucun accident ne survient jamais. Seulement, lorsque l'épingle ainsi que le fil ont été trop serrés, les téguments peuvent se ramollir, et il peut en résulter une petite plaie, qu'il est bon d'éviter, mais qui guérit facilement et promptement.

Dès le jour même de l'opération, la formation du caillot dans l'intérieur de la veine est évidente. On sent sous le doigt un cordon dur, arrondi; on n'a plus de fluctuation, et il est impossible de faire refluer le liquide dans un autre point de la veine. Ce n'est point un phénomène inflammatoire qui se passe dans cette oblitération, il n'y a pas la moindre douleur, le moindre travail phlogistique dans le vaisseau, c'est purement un phénomène physiologique qui s'opère, la formation d'un *coagulum*. Et, à cet égard, il faut avoir présent à l'esprit un fait important, c'est que le sang veineux se coagule moins vite que le sang artériel. Par conséquent, il faut un temps plus long pour obtenir l'oblitération d'une veine que d'une artère. Aussi ne doit-on enlever les épingles dans cette opération qu'au bout de treize ou de quatorze jours; on ne doit pas s'en laisser imposer par la dureté qu'on rencontre sur le trajet de la veine, car si on enlevait trop tôt l'épingle, le caillot se trouverait bientôt détruit, et la circulation se rétablirait.

Maintenant, peut-on espérer que le malade sera guéri pour toujours et d'une manière durable au moyen de ce procédé? On peut répondre à peu près par l'affirmative, s'il s'agit de varices simples, non compliquées d'ulcères aux jambes. Mais s'il existe de larges ulcérations, on ne peut assurer que dans le cours de la vie celles-ci ne se développeront pas de nouveau. On sait très-bien qu'en oblitérant les veines on diminue le champ de la circulation, et aussi que, quand la peau a été altérée profondément dans une étendue plus ou moins considérable, le sang y passe par une voie beaucoup plus étroite; de là la disposition à s'ulcérer; il s'agit, bien entendu, ici des ulcères vastes, car nous avons sous nos yeux des faits assez nombreux qui attestent que les petits ulcères se guérissent facilement et promptement à la suite de cette opération; et nous répétons que, quand il ne s'agit que de varices simples, les malades sont guéris d'une manière complète.

Il est une indication générale, importante, qu'il est bon de signaler, c'est que, lorsqu'on applique un grand nombre d'épingles et qu'on agit sur de veines grosses, il est nécessaire de diminuer, par une saignée, la masse du sang après cette opération. Ce n'est pas pour éviter les accidents inflammatoires que cette saignée est utile, mais pour évi-

ter qu'il ne survienne un trouble dans les veines profondes, et des conjections vers des organes importants de l'économie, par suite de l'interruption de la circulation dans un espace considérable. Puisque nous en sommes sur les considérations accessoires à l'opération, nous ajouterons que nous ne conseillerions pas de guérir les ulcères variqueux anciens, qui exhalent une grande quantité de liquide chez les vieillards, sans prendre la précaution d'établir un exutoire sur un autre point; l'omission de ce précepte pourrait entraîner les accidents les plus graves et même l'apoplexie chez certains sujets. Cet exutoire est indispensable aussi chez les personnes qui, même n'étant pas très-avancées en âge, sont disposées aux congestions; les dérivatifs sur le canal intestinal sont pareillement indiqués dans ce cas.

Le nombre des sujets atteints de varices, que nous avons traités à l'hôpital Saint-Louis par le procédé que nous venons d'indiquer, est très-considérable. Tous ces malades ont été presque tous complétement guéris, et aucun n'a présenté d'accident. Aucune précaution, autre que le séjour au lit pendant que les épingles sont en place, n'a été prise.

Nous allons terminer cet exposé rapide par quelques observations, qui auront pour avantage de préciser dans l'esprit du lecteur les préceptes généraux que nous avons établis.

Obs. I. — Ract, âgé de quarante-huit ans, garçon de cuisine, couché au n. 29 de la salle Saint-Augustin, a exercé son état, qui l'oblige à rester constamment debout, depuis près de vingt ans. Il y a onze ans, Ract s'est aperçu, pour la première fois, du gonflement des veines du membre inférieur droit; mais c'était fort peu de chose alors, et il n'y fit pas grande attention; le gonflement des veines augmenta peu à peu, plusieurs fois il s'était écoulé un peu de sang, soit du côté de la malléole interne, soit du côté opposé; mais, il y a cinq ans, l'écoulement de sang fut fort abondant, on exerça dès lors une compression méthodique sur toute la jambe, mais il ne porta pas continuellement un bas lacé, comme on le lui avait conseillé.

Huit mois environ après cette époque, il se forma un ulcère qui, depuis lors, s'est fermé et rouvert plusieurs fois; un peu plus de fatigue, une légère contusion suffisaient pour rompre la cicatrice, et la suppuration s'établissait de nouveau.

La dernière ulcération qui s'est formée étant assez considérable et accompagnée de gonflement, il s'est décidé à entrer à l'hôpital, le 3 avril dernier, dans l'état suivant :

A la face interne de la cuisse, à quatre pouces environ au-dessus du condyle interne du fémur, commence la dilatation variqueuse; elle se

prolonge sur tout le trajet de la saphène interne; la veine est tortueuse, et présente sur toute sa longueur des nodosités.

La saphène interne ne présente que très-peu de dilatation; un peu au-dessus de la malléole interne existe une ulcération du diamètre d'un écu de six livres environ, il est blafard et a tout-à-fait l'aspect propre aux ulcères variqueux; il suppure assez abondamment; tout son pourtour est violet, livide; c'est une cicatrice tendre et peu difficile à rompre. Comme le seul moyen de guérir radicalement cette ulcération consiste dans la guérison des varices elles-mêmes, on propose au malade de la tenter.

Le 17, on place à deux pouces environ au-dessous du condyle interne du fémur une épingle qu'on passe au-dessus de la veine, et sur laquelle on fait une suture entortillée médiocrement serrée.

Le 18, on en place une seconde à deux pouces environ au-dessus de ce condyle.

Le 19, une troisième à quatre pouces au-dessus de la deuxième, vers le niveau de la crête du tibia. On pense l'ulcère avec le cérat de Goulard; le repos a déjà influé sur cette plaie, car son diamètre a diminué déjà.

Le 21, une quatrième épingle à trois pouces environ au-dessous de celle-ci et dans la même direction.

Les 22, 23, 24, 25, un peu d'inflammation se manifete sur les téguments, au niveau des points où la constriction a lieu; le sang paraît se coaguler dans la veine.

Le 26, on retire les épingles qui ont été posées, la première et le troisième; on a ainsi laissé celle qui est le plus haut et celle qui est le plus bas placée; entre ces deux points, le sang paraît coagulé dans la veine, qui forme un cordon noueux et un peu dur.

Le 29, on retire les deux dernières épingles, il s'écoule quelques gouttes de sang par les ouvertures de la peau. Au niveau de ces deux points, il existe un peu de rougeur, le sang paraît être coagulé dans la partie supérieure et dans la partie inférieure de l'intervalle compris entre les épingles; mais, à la partie moyenne, la formation des caillots est bien moins évidente. L'ulcère diminue, il a maintenant le diamètre d'une pièce d'un franc. La suppuration est très-peu abondante; on continue le pansement avec le cérat de Goulard.

Le 3 mai, la coagulation du sang dans la saphène a eu lieu dans toute la jambe et à la partie inférieure de la cuisse; mais comme il existe encore des sinuosités variqueuses sur le dos du pied, on passe au-dessous de ces veines deux nouvelles épingles.

Le 16, la coagulation s'est également faite dans ce point; on retire

les épingles; la cicatrice est complète. On fait marcher le malade, pour voir si le gonflement des veines se montrera de nouveau.

Le 17, un peu de sang s'est extravasé au niveau de l'ulcère, sous une phlyctène; on interdit de nouveau la marche; au bout de quatre jours tout est rentré dans l'ordre, et au bout de douze le malade sort entièrement guéri.

Obs. II.—Un serrurier, d'une constitution frêle et délicate, est entré, le 14 mai, dans la salle Saint-Lucien, ayant ses membres inférieurs traversés par d'énormes veines variqueuses.

Le malade attribue cette maladie à son état, qui le force à rester debout à peu près dans la même position, depuis six heures du matin jusqu'à sept du soir. Il y a treize mois, il s'est aperçu, pour la première fois, d'une saillie plus considérable des veines du côté droit, le long de la jambe; cette dilatation est allée toujours en augmentant depuis. Au membre gauche ces veines ont commencé à se dilater seulement il y a sept mois et demi.

Le lundi, 15 mai, j'introduis une épingle humectée préalablement avec de l'huile, sous les veines du membre droit soulevé, avec l'index et le médium de la main gauche. Une épingle est placée au sommet de la dilatation variqueuse vers la partie moyenne de la cuisse; une deuxième à deux pouces au-dessus du genou, vers sa face interne; une troisième le long de la jambe, à cinq et neuf pouces du genou. Sur le membre gauche, où la dilatation variqueuse est bornée à la jambe et au pied, je place quatre épingles, une au quart supérieur de la jambe, une au tiers supérieur; enfin deux autres sur le dos du pied, l'une au niveau de l'articulation tibia-tarsienne, l'autre au niveau de l'articulation métatarse-phalangienne. Sur les deux bouts de ces épingles est passé un fil avec lequel on pratique une suture entortillée, très-serrée. Du sang s'écoule en assez petite quantité de la ligature la plus supérieure, placée sur la cuisse droite.

Après les jours qui suivent cette opération, on sent dans les veines le sang devenir plus consistant, plus dur, et le sixième jour, on sent pourtant un cordon dur et solide en quelques points, moins consistant en d'autres, occuper la place des veines précédemment dilatées; la ligature placée sur la partie supérieure de la saphène a rendu cette veine plus volumineuse; elle s'est renflée à son niveau, et forme une petite poche sanguine, qui du reste présente la même consistance que les veines.

Le mercredi 24 mai, on enlève toutes les ligatures, à l'exception des deux inférieures placées au niveau du pied gauche, et la même dureté se remarque; le 12 juin, le malade, qui n'avait été retenu que pour le traitement d'une affection psorique contractée à l'hôpital, sort parfaite-

ment guéri ; seulement les veines transversales du genou, très-peu dilatées à son entrée, sont assez volumineuses aujourd'hui.

Obs. III.—Au n. 20 de la salle Saint-Victor, à l'hôpital Saint-Louis, a été couché un serrurier en voitures, âgé de trente-six ans, portant depuis sept ans des varices aux deux jambes. Il y eut complication d'un ulcère au-dessus de la malléole gauche. Cet ulcère avait un pouce de diamètre. Les varices étaient très-grosses, et formaient des sinuosités nombreuses ; il existait sur la face antérieure du tibia une tumeur variqueuse de trois pouces d'étendue. La veine saphène était dilatée jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. J'appliquai, quelques jours après l'entrée de ce malade, deux épingles sous la saphène interne au-dessus du genou, et cinq à la partie antérieure de la jambe, et une à la partie postérieure du tiers inférieur de la jambe ; dans ce dernier point la veine avait une direction transversale, et l'épingle fut placée parallèlement à l'axe du membre. Pendant les onze jours qu'ont séjourné les épingles, on n'a eu à noter d'autres phénomènes que la cicatrisation de l'ulcère, qui a eu lieu au bout de trois jours, et une inflammation assez forte de la peau au niveau de l'épingle postérieure. La peau de cette partie s'est ulcérée à l'extraction des épingles ; le sang était coagulé dans les veines : du reste aucun accident n'est survenu, et aujourd'hui, quinze jours après l'opération, le malade est guéri, la tumeur variqueuse a disparu, et on ne sent plus que quelques cordons formés par le sang coagulé dans les veines ; ces caillots diminuent tous les jours de volume.

Obs. IV. — Un autre malade a été opéré au n. 16 de la salle Saint-Victor. Il avait des varices, un eczema chronique qui avait résisté aux traitements ordinaires, et qui disparut au bout de quelques jours. Cet eczema siégeait au-dessous des varices ; aucun accident n'est survenu pendant ou après le traitement.

A ces faits recueillis par M. Dumeril, mon interne, je pourrais en ajouter un grand nombre d'autres. Je pourrais mentionner notamment sept malades qui se trouvent encore dans mes salles, et qui sortiront au premier jour complétement guéris. Parmi ceux-ci est un marchand de vin, âgé de trente trois ans, couché au n. 22 de la salle Saint-Augustin, atteint depuis huit ans de varices et d'un ulcère variqueux à la jambe gauche. L'application de six épingles maintenues pendant quatorze jours l'ont guéri. Dans la même salle, au n. 57, se trouve un ouvrier des ports, âgé de cinquante ans, ayant des varices depuis plus de vingt ans, et depuis deux ans un eczema à la jambe gauche : deux applications d'épingles, une de dix, la seconde de cinq, ont triomphé des varices et amélioré beaucoup la maladie de la peau. Je citerai de plus,

dans la salle Saint-Louis, les malades des nos 1 et 3. L'un, facteur d'instruments, âgé de trente-neuf ans, ayant depuis quatorze ans, à la jambe et à la cuisse gauches, des varices considérables. Cinq épingles ont guéri cette maladie. L'autre est un serrurier de quarante-cinq ans, ayant des varices depuis vingt-cinq ans, et depuis huit ans un ulcère variqueux rebelle à la jambe gauche; cinq épingles ont aussi suffi chez lui pour le débarrasser de son mal.

J'ai aussi employé les épingles avec succès dans le traitement du varicocèle. Ce procédé consiste à isoler les conduits déférents, et à tirer en avant un pli de peau comprenant la veine, qui se reconnaît à sa forme noueuse et dilatée, et à traverser le scrotum derrière le vaisseau avec une épingle dont les deux extrémités sont ensuite serrées avec un fil. Cette opération est facile et peu douloureuse. Le lendemain, le testicule augmente un peu de volume, et une petite quantité de sérosité se dépose dans la tunique vaginale. Quelquefois il se manifeste un peu d'infiltration du scrotum; mais l'appareil inflammatoire, qui est peu considérable, tombe bientôt, et le septième ou huitième jour l'infiltration disparaît, et l'absorption du liquide contenu dans la tunique vaginale s'opère. C'est ce que j'ai observé chez un malade que j'ai opéré dernièrement en présence de MM. Biett, Segalas, et Cazenave. Chez ce sujet il existait une hydrocèle commençante; elle a augmenté en effet après la ligature des veines; mais elle a, au bout de peu de temps, disparu d'elle-même. J'ai employé les épingles chez trois autres sujets atteints de varicocèle; cette méthode a réussi complétement chez deux d'entre eux. L'autre malade a été opéré depuis peu, et est en voie de guérison.

Jobert.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPHTHALMIE PURIFORME DES NOUVEAU-NÉS, ET SUR SON TRAITEMENT.

Dans une des précédentes livraisons, je me suis occupé avec soin d'une ophthalmie tellement grave, que pendant longtemps elle a été la cause ou la source du plus grand nombres de cécités. Heureusement la vaccine est venue arrêter les conséquences et l'origine de cette funeste affection. Mais il reste encore une ophthalmie d'une espèce nouvelle qui, lors même qu'elle ne soit point aussi désastreuse que la varioleuse, mérite cependant une attention toute spéciale, parce que, d'un côté, elle attaque la première enfance, et que, de l'autre, l'on n'a pas encore trouvé contre elle un préservatif ou un spécifique.

Je vais donc m'occuper ici de l'ophthalmie des nouveau-nés, plus

connue généralement sous le nom d'ophthalmie purulente des enfants; nom que la routine et l'habitude lui ont conservé, quoique l'illustre Saunders ait observé, il y a plus de trente ans, qu'on devait lui donner la désignation de *puriforme*, en raison du siége de la maladie et de la nature du fluide sécrété. Cette ophthalmie, nosologiquement parlant, doit être considérée comme une conjonctivite catarrhale, qui se borne à la muqueuse pendant tout le temps qu'elle n'acquiert pas un certain degré d'intensité : alors les parties qui ont le plus de relation avec la conjonctive deviennent à leur tour malades, circonstance qui donne à cette affection toute la gravité que nous avons signalée.

En effet, quand on s'est livré pendant quelques années à l'étude de l'Ophthalmologie, on est étonné de la fréquence de cette maladie, et on est encore bien plus effrayé de voir le nombre d'enfants qui perdent la vue à la suite de cette maladie.

Dans un grand nombre d'hôpitaux d'enfants trouvés, et surtout dans celui de Paris, elle règne épidémiquement : et si un grand nombre d'enfants ne succombaient pas aux conséquences de l'exposition, il y aurait un bien plus grand nombre d'aveugles-nés : expression généralement reconnue, mais tout-à-fait fausse, puisque le plus grand nombre des enfants appelés aveugles de naissance ne le sont devenus qu'après les premiers mois de leur vie. Pendant longtemps l'on a attribué à l'affection syphilitique la production de l'ophthalmie purulente : l'accusation est tout a fait fausse quant à la généralité, puisque non-seulement les auteurs, mais encore ma propre expérience, s'accordent à reconnaître que cette affection est très-rare chez les enfants provenant de mères infectées, tandis qu'elle est fort fréquente chez les enfants dont les mères étaient parfaitement saines. Bien plus, j'ai observé sur un grand nombre d'enfants nés de mères syphilitiques une foule de phénomènes vénériens à la peau, au cuir chevelu, aux parties sexuelles, et rarement sur les yeux; en effet, il faut qu'un écoulement soit fort abondant pour que le fœtus, traversant le canal vaginal, au milieu des sécrétions produites par l'accouchement, et entouré comme il est de dépôts amniotiques, fût infecté, puisque même il n'ouvre les yeux qu'après son passage.

Bien souvent encore cette maladie apparaît un ou deux mois après la naissance, au moment où l'enfant jouit de la meilleure santé, où la mère n'a pas même un écoulement puerpéral. Nous sommes bien loin cependant de nier la contagion, puisque l'on a vu des ophthalmies être gonorrhoïques dans le principe, et se terminer ensuite par des phénomènes syphilitiques bien tranchés. Quant à la possibilité de la transmission d'individu à individu, elle existe de l'enfant à la mère ou à

d'autres enfants. Celle des jeunes animaux suit la même marche; et, dans les thèses de MM. Chassaignac et Michel, l'on trouve des cas bien remarquables d'inoculation de l'écoulement purulent d'œil à œil.

Il faut plutôt considérer la position toute particulière dans laquelle se trouve le nouveau-né : à peine a-t-il franchi le *tunnel* vaginal où il était clos; à une température de 36° et plus de Réaumur, qu'il se trouve tout à coup exposé à un abaissement de température, qui est souvent au moins de la moitié plus bas.

Cela est si vrai que dans un grand nombre de circonstances la maladie se complique d'un plus ou moins grand endurcissement du tissu cellulaire, de coryza et d'otorrhée auxquels il faut attribuer la plupart des surdo-mutités. Accusons aussi la transgression des principes hygiéniques, l'exposition des enfants à des courants d'air ou à des lotions trop froides. En général, en Angleterre, les accoucheurs, les sages-femmes, et le plus grand nombre de personnes étrangères à la médecine, considèrent cette maladie comme un refroidissement connu sous le nom de *a cold*. Cette opinion est complétement la mienne, et en consultant mes notes, de même qu'en recueillant mes souvenirs, je me rappelle fort bien que non-seulement aux hôpitaux des enfants-trouvés de Pavie, de Milan, de Paris, mais encore dans la pratique civile, les ophthalmies des nouveau-nés sont beaucoup plus fréquentes lorsqu'il y a de nombreuses et rapides variations atmosphériques. On comprendra maintenant la raison pour laquelle cette maladie est beaucoup plus fréquente chez les enfants de la classe indigente, où il manque tant de choses, même indispensables à la vie, à plus forte raison au bien-être de l'individu qui vient de naître. L'irritation d'une vive lumière joue aussi un grand rôle dans la production de l'ophthalmie purulente. Ainsi nous recommandons aux personnes qui sont destinées à soigner ou à recevoir des enfants nouveau-nés, de ne point les exposer à une vive lumière, à ne pas perdre un temps considérable à leur donner les premiers soins hygiéniques. Nous ne saurions trop leur recommander de ne point leur laver les yeux avec de l'eau froide, mais d'employer de l'eau tiède battue avec des jaunes d'œufs, mixture parfaite pour débarrasser la face et les yeux de l'enduit amniotique dont ils sont souvent empâtés.

Il faut recouvrir l'enfant de linges suffisamment chauds pour l'accoutumer graduellement aux changements de température. Puis, si l'enfant est resté longtemps au passage, si la face est injectée, il ne faut pas manquer de laisser couler par le cordon ombilical quelques bonnes cuillerées de sang, car le professeur Ammon de Dresde, dans des recherches pleines d'intérêt, a prouvé que chez un grand nombre d'enfants l'ophthalmie des nouveau-nés était due à une injection forcée des mem-

branes internes de l'œil accompagnée d'une exhalation sanguine insensible, qui colorait en rouge non-seulement l'humeur vitrée, mais encore le cristallin (1).

Dans un grand nombre de circonstances la maladie débute par un petit coryza à peine sensible, et qui ne se traduit que par de légers éternuments. Cette maladie reste stationnaire pendant quelques jours, puis l'œil devient larmoyant, les paupières se gonflent et prennent une teinte rosée. A cette époque, si l'on examine avec soin la petite fossette interne de la commissure des paupières, vulgairement connue sous le nom de larmies, on aperçoit, dans cette petite anfractuosité, un petit fragment de mucosité desséchée un peu gluante, et qui ressemble à du miel concret. Peu à peu cette sécrétion augmente, se fait jour en différents points de la commissure palpébrale, envahit les cils, et les agglutine entre eux. Alors l'enfant commence à éprouver de la difficulté pour ouvrir les paupières; elles deviennent immobiles, et par conséquent ne permettent plus au nouveau fluide puriforme sécrété de s'épancher au dehors.

Quand on a vu un certain nombre d'ophthalmies des nouveau-nés, on acquiert l'habitude de les reconnaître à leur début, avant même que les personnes qui entourent et soignent habituellement l'enfant les aient soupçonnées. Il y a bientôt quinze ans que j'ai entendu M. Baron, médecin des Enfants-Trouvés, diagnostiquer une ophthalmie puriforme. rien qu'en observant une injection rouge transversale sur la face externe des paupières : d'un autre côté, la petite concrétion muqueuse est un symptôme qui ne m'a jamais failli. A mesure que l'écoulement s'accumule entre les paupières, celles-ci se distendent et forment une espèce de poche, de telle façon qu'au moment où on les entr'ouve l'on voit ruisseler un liquide lactigineux qui devient de plus en plus épais à mesure que l'inflammation devient plus intense. Souvent, à cette époque, il se forme de petites hémorrhagies actives qui sont dues soit à des exsudations interstitielles, soit à de petites ruptures veineuses ou artérielles. Or, comme chez les nouveau-nés les paupières sont excessivement lâches et perméables aux liquides, comme la conjonctive n'adhère que peu au globe oculaire, elle est facilement envahie par le sang. Alors se forment de toutes parts ces chémosis, accompagnés de villosités qui non-seulement produisent des étranglements partiels, mais encore retiennent la matière puriforme en contact avec la cornée.

(1) Ammon, *Journal d'Ophthalmologie*, tom. 2, chap. XXIII, sur la coloration rouge des membranes de l'œil des nouveau-nés, et son influence sur la production de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Celle-ci est alors, comme on le sait, molle et mince, et peu résistante. On ne doit donc pas s'étonner de la voir se ternir, prendre une teinte grisâtre, se boursoufler, s'ulcérer, se fendre, éclater enfin en peu de temps, et donner naissance à tous les symptômes funestes qui accompagnent ces diverses lésions cornéennes, dont je m'abstiendrai de parler ici.

Dès que la maladie a acquis un certain degré d'intensité; le malade est fortement inquiété par la lumière, et il ferme obstinément les yeux pendant qu'il y est exposé, et ce n'est que quand il est dans un endroit obscur qu'il cherche à les ouvrir. Il est vraiment étonnant que M. Sichel nie cette espèce de photophobie; elle existe cependant pour tous ceux qui basent leurs opinions sur des faits bien observés et non sur des idées préconçues. Billard, qui avait examiné avec la plus scrupuleuse attention un grand nombre d'enfants atteints d'ophthalmie puriforme, recommandait d'examiner leurs yeux pendant leur sommeil, ce que l'on fait avec une certaine facilité (1).

Lorsqu'on a reconnu au début une ophthalmie purulente, rien n'est plus facile que d'en borner l'action. Quelques soins hygiéniques bien entendus, des lotions avec de l'eau froide acidulée avec deux ou trois gouttes de jus de citron par verrée, suffisent pour donner une astriction suffisante et faire disparaître toutes traces d'écoulement purulent. Mais que l'on se garde bien d'appliquer des cataplasmes de mie de pain, de pommes de reinette, de fromage blanc, pratique banale et de bonne femme, dont les résultats sont de produire immédiatement l'œdème des paupières et d'augmenter la sécrétion du mucus.

Que l'on s'abstienne encore de laisser les nourrices instiller leur lait sur l'œil, car ce liquide uni au mucus, non-seulement forme un magma qui s'oppose de plus en plus aux mouvements des paupières, mais encore qui fermente sur place et devient une nouvelle cause d'irritation. Depuis un grand nombre d'années j'arrête très-promptement l'inflammation et la sécrétion muqueuse, en injectant entre les paupières, au moyen d'une petite seringue d'ivoire, quelques cuillerées du collyre suivant :

Infusion aqueuse de roses de Provins. . . Quatre onces.
Suie préparée selon mon procédé. . . . . Huit grains.
Jus de citron. . . . . Quatre gouttes.

J'ai obtenu surtout une guérison très-rapide sur la petite fille d'un chef de division du ministère des finances, atteinte d'ophthalmo-blennorrhée quinze jours après sa naissance, et qui me fut adressée par un

(1) Billaud et Lawrence. — *Traité des maladies des yeux.*

habile accoucheur, M. Baudeloque neveu. A plusieurs reprises dans la journée, il faut lever les paupières pour absterger la matière puriforme. Lorsque la maladie prend un certain degré d'intensité, il ne faut pas craindre d'appliquer quelques sangsues aux tempes et de laisser beaucoup couler le sang. Saunders avait une grande confiance dans ce moyen, qui lui avait souvent réussi.

Je ne saurais assez blâmer la conduite de ceux qui, à l'exemple de M. Lawrence, placent les sangsues sur les paupières mêmes. Les motifs de mon blâme reposent sur le fait suivant. La plus légère cause traumatique suffit pour amener un œdème des paupières chez les nouveau-nés. La piqûre d'une sangsue ajoute à l'œdème une ecchymose et un empâtement local qui ne permet pas de soulever la paupière pour absterger le pus. D'un autre côté, la sangsue traverse la paupière de part en part et blesse l'œil, chose que j'ai vu arriver plusieurs fois.

Quand il y a urgence dans les symptômes, il faut, pour arrêter la sécrétion muqueuse, injecter entre les paupières de la solution de Bate, qui possède des qualités très-stiptiques : j'ai vu cette médication réussir à merveille.

En même temps on associe à ce traitement des agents purgatifs, tels que le sirop de chicorée composé, ou bien de fleurs de pêcher.

Quand la maladie est en voie décroissante, l'on peut produire une légère rubéfaction derrière les oreilles au moyen de l'application de la pommade de Lausanne. Si par ce moyen on est parvenu à empêcher la perforation de la cornée, il ne faut point s'alarmer de la perte de transparence de la cornée; celle-ci revient peu à peu sur elle-même, et il m'est arrivé de voir guérir, après cinq ou six mois, des enfants que j'avais cru complétement privés de la lumière à cause de la perte de transparence.

J'ai employé bien souvent la solution de nitrate d'argent, mais avec des avantages beaucoup moindres que la suie ou la solution de *Bate*. Lorsqu'il se manifeste des ulcérations, des perforations, des staphylômes, etc., on les traite par les moyens connus. L'emploi de l'huile de foie de morue est convenable pour résoudre les épanchements interlamellaires; mais, pour obtenir des avantages de cette médication, il faut attendre tous les symptômes inflammatoires. Je termine cet article avec l'espoir de mettre tous les praticiens à même de dissiper à leur début les accidents qui peuvent compromettre les yeux des nouveau-nés. Je m'estimerai bien heureux lorsque j'aurai appris que mon espérance est devenue une réalité. C'est toujours dans ce but que j'écris. D. Carron du Villards.

CHIMIE ET PHARMACIE.

PROCÉDÉ POUR RETIRER L'IODE DES BAINS IODURÉS, PAR M. J. LIEBIG.

Le prix élevé de l'iode, l'usage fréquent qu'on en fait contre certaines maladies, nous engagent à faire part du procédé suivant, qui, quoique connu en théorie, n'a pas encore été mis en pratique. Ce qui a surtout engagé l'auteur à s'occuper de cette matière, c'est la proportion considérable d'iode qu'on introduit dans un seul bain; quantité qui, jusqu'à présent, avait été totalement perdue. Voici en peu de mots en quoi consiste ce procédé:

On fait une dissolution d'une partie de sulfate de cuivre et de deux parties un quart de sulfate de fer dans douze parties d'eau. La dissolution achevée, on la verse dans le bain ioduré duquel on veut séparer l'iode. Il en résulte le plus souvent instantanément un précipité: quelquefois cependant l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque est nécessaire pour qu'il soit complet. Cette addition doit se faire avec beaucoup de précaution; ordinairement, un demi-gros suffit par bain.

Quand le précipité s'est bien déposé, on examine, avant de le rejeter, si le liquide surnageant ne précipite plus par la dissolution métallique.

Par ce procédé, dit M. Liebig, on précipite si complétement l'iode, qu'aucun réactif n'est capable d'en démontrer ensuite la présence dans les liquides; on réunit les précipités provenant du traitement de six ou huit bains; on les jette en dernier lieu sur un filtre, et on les y lave parfaitement. On dessèche la masse, puis, comme dans la préparation de l'iode, on en prend cinq parties que l'on mêle avec deux d'oxyde de manganèse en poudre, trois parties d'acide sulfurique affaibli par quatre parties d'eau, et l'on soumet le mélange à la distillation au bain de sable, jusqu'à siccité. Vers la fin on augmente un peu le feu et on arrête l'opération.

Ce procédé, indiqué à M. Thais, pharmacien à Hambourg, lui a donné les résultats les plus satisfaisants. De deux bains iodurés, contenant ensemble huit gros d'iodure de potassium et quatre gros d'iode, il obtint sept gros d'iode pur. La simplicité de ce procédé, les avantages et l'économie qu'il promet, le recommandent à ceux que leur position met à même d'en tirer parti.

NOUVELLE FORMULE DE POIS SUPPURATIFS.

Les pois d'iris ou d'oranges sont généralement employés pour exciter la suppuration des cautères ; mais il arrive fréquemment que ces agents ne sont plus suffisants, ou que le médecin désire en activer l'action. Alors on est forcé de recourir, soit à l'emploi des cantharides, soit à celui de pommades épispastiques, ce qui cause toujours de vives douleurs.

On évite cet inconvénient par l'emploi de *pois suppuratifs ;* mais, comme leur préparation n'est connue que d'un petit nombre de pharmaciens, M. Wislin, pharmacien à Gray (Haute-Saône), a publié dans le journal de pharmacie une formule qui, depuis longtemps, lui réussit très-bien. La voici :

Extrait alcoolique d'écorces de garou. . . . . . 1 once.
Alcool rectifié. . . . . 4 onces.

Faites dissoudre, et filtrez.

Plongez dans cette liqueur, pendant cinq minutes, des pois d'oranges séparés des fils qui les attachent. Retirez-les, et laissez-les sécher à l'air libre ; renouvelez deux autres fois la même immersion, en laissant sécher chaque fois ; lorsqu'ils sont complétement secs, frottez-les fortement dans un linge pour leur rendre le brillant qu'ils avaient perdu. On les met en boîtes, ou bien on les réunit par un fil.

Si on ne détachait pas les pois, ils s'imprégneraient mal de la liqueur, et, en les y laissant plus que je ne l'indique, ils se gonfleraient trop et deviendraient irréguliers. Les pois d'iris ne peuvent servir à cette opération à cause de leur porosité, qui les fait se dilater outre mesure, et par suite perdre la forme sphérique qu'on tient à leur conserver.

Les pois suppuratifs conviennent toutes les fois qu'on veut provoquer une suppuration abondante sans action irritante. On est dans l'usage d'alterner leur emploi avec celui des pois ordinaires (d'iris ou d'oranges), par exemple, tous les trois, quatre, ou même six jours, on met un pois suppuratif, et les jours intermédiaires les pois ordinaires.

NOUVELLE PRÉPARATION D'IPÉCACUANHA.

M. Gay a donné un nouveau mode de préparation de l'ipécacuanha qui peut avoir son avantage. Voici sa formule :

Ipécacuanha en poudre. . . . . . . une partie.
Éther sulfurique rectifié. . . . . . six parties.

Faites macérer pendant quelques heures, et filtrez.

On fait sécher à l'air la poudre qui reste sur le filtre jusqu'à ce qu'elle ait entièrement perdu l'odeur de l'éther ; on la triture ensuite, et après l'avoir passée on la conserve pour l'usage.

L'ipécacuanha ainsi préparé est administré aux doses de l'ipécacuanha ordinaire, dont il a toutes les propriétés ; il a seulement perdu l'odeur nauséeuse et la saveur désagréable qui sont cause de la répugnance que l'on a pour ce vomitif.

DESSICCATION DES PLANTES DESTINÉES A L'ANALYSE PAR M. HERBERGER.

Outre la dessiccation que l'on peut opérer à l'ombre, en l'aidant de courants d'air, et qui peut ensuite s'achever à l'aide du bain-marie, M. Herberger conseille d'avoir recours dans cette circonstance à un moyen dont il a fait usage et qui lui a parfaitement réussi : ce moyen consiste à introduire le corps à dessécher dans un appareil à distillation, muni d'un récipient parfaitement refroidi, et à chauffer très-lentement au bain-marie. Outre l'avantage qu'offre ce mode d'opérer, de n'avoir point à appréhender la destruction du corps soumis à la dessiccation, il présente encore celui de recueillir, outre l'eau qui se dégage, tous les corps susceptibles d'être volatilisés par la chaleur, tels que pourraient l'être certains acides volatils, quelques alcaloïdes doués de la même propriété, certaines huiles essentielles, etc., tandis que, par la dessiccation à l'air, malgré toutes les précautions possibles, on ne peut éviter la perte des principes que nous venons d'énoncer. Comme la pression de l'air peut avoir quelque influence, il sera toujours très-utile de faire deux expériences comparatives, dont l'une avec un récipient tubulé privé d'air par la chaleur, et l'autre avec un récipient terminé par un tube ouvert.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'ACCOUCHEMENT DANS LEQUEL UN BRAS DE L'ENFANT SE PRÉSENTE SEUL, OU EST DÉJA SORTI.

(Suite et fin.)

Depuis onze ans que je suis livré à la pratique des accouchements, j'ai déjà eu plusieurs fois à gémir de l'aveuglement des parents relativement à la saignée. Je n'oublierai jamais une malheureuse femme près de laquelle je fus appelé au mois de septembre 1830, à trois lieues de

Donnemarie. Le bras était sorti depuis près de vingt-quatre heures, la femme, bien qu'elle se fût livrée aux efforts, n'était pas épuisée; elle était encore pleine de forces; l'utérus était fortement contracté sur le corps de l'enfant; le bras de celui-ci, violemment comprimé par le col utérin, était très-enflé, violet; mais il n'était pas froid. Cette femme, forte et bien constituée, n'était pas primipare, et pouvait avoir environ trente ans. J'étais persuadé que la saignée était indispensable, et que, par ce moyen, le col, trop resserré pour permettre l'introduction de ma main, serait relâché, et par là l'accouchement rendu plus facile; l'état pléthorique de la femme et la dureté du pouls, me portaient même à penser que j'aurais à récidiver; je n'eus pas cette peine; il me fut impossible de faire entendre raison aux parents, qui, forts des conseils d'une vieille matrone, auraient plutôt continué l'usage du vin chaud, administré avant mon arrivée, qu'ils n'auraient consenti à l'emploi d'un moyen qui n'était, disaient-ils, *bon qu'à l'affaiblir, dans un moment où on n'a jamais trop de forces.*

Je fus obligé d'attendre que la fatigue de la femme, et l'emploi de la vapeur d'eau contenant des herbes émollientes, eussent amené moins de raideur; mais la version n'en fut pas moins très-laborieuse; l'introduction de mon bras déterminait de fortes contractions, qui, aussi inutiles que nuisibles, épuisaient la femme, m'engourdissaient le bras, et par l'introduction répétée de ce corps étranger, jointe à la fatigue de la matrice, disposèrent ce viscère à s'enflammer. La femme succomba le cinquième jour à une métro-péritonite, contre laquelle furent impuissants les moyens antiphlogistiques qui, employés plus tôt, lui auraient probablement sauvé la vie. Quant à l'enfant, il vint sans vie.

J'ai d'autant plus regretté de n'avoir pu pratiquer la saignée, que sur dix-huit accouchements par présentation du bras, que j'ai eu à terminer depuis que j'exerce, c'est la seule femme dont j'aie eu à déplorer la perte, bien que dans plusieurs cas, il y ait eu des complications plus fâcheuses que dans celui-ci. Je dirai aussi que j'ai très-rarement réussi à amener l'enfant vivant, parce qu'on appelle presque toujours trop tard.

Il ne faut donc pas différer l'exécution de la saignée, quand on en a reconnu la nécessité.

Il est cependant des cas où l'état de resserrement de l'utérus, et du col de cet organe, ne doit pas être combattu par la saignée; c'est lorsque cet état se rencontre chez une femme d'une faible constitution, qu'aura encore débilitée et affaiblie l'état de gestation; beaucoup plus rare chez ces femmes-là, le resserrement du col utérin tient presque toujours à un état spasmodique dépendant d'une surexcitation nerveuse, occasionnée par la vive sensibilité dont elles sont douées; sensibilité portée à un plus haut degré que dans l'état normal, par le surcroît de vitalité qui existe alors dans les organes chargés de l'expulsion du fœtus. Cette exaltation dans la sensibilité n'est pas bornée aux organes de la gestation proprement dite; il s'étend à leurs annexes, et aux parties du ventre tant externes qu'internes; il est des femmes qui ne peuvent alors supporter le contact des vêtements, ni des couvertures sur le ventre; toute l'habitude du corps, en un mot, prend plus ou moins part à cet état pathologique.

Dans un tel état de choses, la saignée pourrait amener une trop grande

débilité, et compromettre les jours de la femme; il est d'observation que les constitutions dont nous parlons supportent généralement mal les saignées, surtout si on les fait trop larges et abondantes. Il faut donc avoir recours aux autres moyens antiphlogistiques, en tête desquels se trouvent les bains.

Si les antiphlogistiques, les relâchants sont insuffisants, il aut avoir recours aux antispasmodiques administrés à l'intérieur, soit par la bouche, soit que, par l'injection ou autrement, on les porte directement sur la partie qu'on veut relâcher : dans un cas de cette nature, j'ai obtenu un bon effet de la vapeur de plantes émollientes et narcotiques, dirigée au moyen d'un entonnoir. Il faut veiller à ce que la vapeur ne soit pas trop chaude, et suspendre quelquefois, pour reprendre ensuite, l'ascension de cet agent dilatateur.

Aujourdhui que les propriétés antispasmodiques de la belladone sont si bien démontrées, ne pourrait-on pas utiliser, dans les cas dont je parle, la vapeur de l'eau dans laquelle on aurait fait bouillir cette plante, ou faire des injections avec la solution de l'extrait, si même il n'était plus avantageux de porter celui-ci directement sur le col spasmodiquement resserré . j'appelle sur ce point l'attention des accoucheurs.

Avant d'aller plus loin, je ne puis m'empêcher de citer un singulier moyen de relâchement, dont un de nos plus célèbres professeurs d'accouchement, M. Capuron, nous rapportait un exemple dans ses cours. Appelé auprès de la femme d'un porteur d'eau, autant qu'il m'en souvient, ce professeur trouva la femme gisant ivre-morte, sur le carreau baigné de vin et d'eau-de-vie. Le bras de l'enfant était depuis longtemps hors de la vulve; après avoir fait mettre la femme sur un lit, ce savant et habile praticien opéra la version sans difficulté, l'utérus n'offrant aucune résistance, et étant dans un état de souplesse inerte pour ainsi dire.

On conçoit facilement ce qu'eut alors d'avantageux pour l'accouchement l'ivresse de cette femme; mais je doute qu'on soit jamais tenté d'employer un semblable moyen, et pour ma part je ne le conseillerai, ni n'en essaierai.

Il est encore une cause, qui, chez les personnes d'un tempérament nerveux et irritable, donne, plus souvent qu'on ne pourrait le croire, lieu au resserrement spasmodique de l'utérus : ce sont les impressions morales dont les femmes de la campagne ne sont pas plus exemptes que celles des villes. L'accoucheur doit donc veiller à maintenir, autant que possible, le calme autour de la malade, à éviter les bavardages importuns des commères, etc. Il suffit quelquefois, et j'en ai vu plus d'un exemple, de l'entrée d'une personne dont la vue contrarie la malade, pour occasionner et entretenir l'état spasmodique dont nous parlons; on comprend aisément quel est alors le moyen à employer; mais ce moyen, pour le dire en passant, est quelquefois fort embarrassant. Quelquefois aussi, chez une femme primipare, cet état sera occasionné par la peur de mourir, par une grande appréhension des douleurs; c'est au médecin alors à combattre cet état, en cherchant par sa douceur, son calme, sa prudence et une foule de petits soins, à inspirer à la femme de la confiance en elle, et en lui. Inspirer à la malade de la confiance et de l'assurance, est alors le meilleur moyen qu'on puisse mettre en usage. Qui

ne sait qu'il suffit souvent de l'arrivée de l'accoucheur, pour donner du calme à une femme jusqu'alors très-agitée.

Mais si l'accoucheur est appelé trop tard, si des tentatives imprudentes ont mis dans un état de gonflement et d'inflammation les parties de la femme, quelle sera alors la conduite à tenir ?

Le cas est plus grave, mais il faut agir comme dans les précédents, et proportionner les moyens à employer à l'état général de la femme, sans oublier qu'il faut alors moins compter sur leur efficacité. Il en serait de même encore dans le cas où la gangrène serait déclarée ou imminente.

Je crois avoir exposé tout ce qui, en pareil cas, peut occuper l'accoucheur, quant à la femme, je ne terminerai cependant pas sans recommander de veiller avec le plus grand soin à ce qu'aucun courant d'air ne vienne frapper les parties de la femme mises à découvert pendant la manœuvre ; les praticiens de la campagne comprendront toute l'attention que mérite cette précaution, dans des maisons qui n'ont pour toutes pièces qu'un rez-de-chaussée trop grand, et presque toujours froid et mal clos.

Passons maintenant aux indications que peut présenter le bras de l'enfant ; des trois degrés de sortie que nous avons établis, le premier ne peut, quant au bras lui-même, offrir aucune indication spéciale autre que d'ondoyer l'enfant sur cette partie aussitôt après la rupture des membranes, ce qui est encore, et à plus forte raison, la première chose à faire dans les cas les plus graves.

On peut aussi porter alors un lac sur le bras, si les membranes sont rompues ; on peut cependant dans ce premier degré se dispenser de cette précaution, qui devient plus nécessaire quand le bras est au second degré de sortie : quant au manuel de l'opération pour terminer l'accouchement, il n'est autre que celui de la version, si ce n'est que dans les deuxième et troisième degrés, et quelquefois dans le premier, il faut au moyen d'un lac retenir le bras, qu'on laisse cependant remonter un peu au moment d'évolution, ayant soin de l'abaisser ensuite sur le côté de l'enfant, à mesure que le siége descend.

Le troisième degré de sortie est le plus grave, c'est dans ce cas que quelques enfants ont subi cette horrible mutilation, si généralement proscrite depuis longtemps, et qui cependant vient encore de trouver quelques défenseurs.

Quels sont donc les cas qui peuvent, aux yeux de certains accoucheurs, présenter l'indication de la brachéotomie ?

Si des manœuvres imprudentes ont déterminé quelqu'un des états pathologiques que nous avons décrits, ou si l'accoucheur est appelé trop tard, sans même qu'il y ait eu d'autre imprudence que les efforts de la femme, il trouve le bras gonflé, violacé, froid, couvert de phlyctènes, sphacélé ; enfin, s'il est resté trop longtemps sous l'impression d'une cause aussi désorganisatrice qu'une compression qui entrave, suspend même la circulation du sang dans cette partie, les organes de la mère participent eux-mêmes à l'état pathologique du bras, ils sont desséchés, gonflés, irrités, enflammés, susceptibles de déchirement.

On comprend quelles douleurs doit en pareil cas occasionner à la femme le simple toucher ; que sera-ce donc quand à travers ces or-

ganes si souffrants, où le bras gonflé de l'enfant semble ne laisser aucun vide, d'autant plus que le gonflement de ces organes eux-mêmes resserre encore l'espace; que sera-ce donc, dis-je, quand au milieu de ces parties si sensibles il faudra péniblement y introduire la main, le bras! quand il faudra que celui-ci agisse? Certes, c'est un cas aussi embarrassant pour le médecin que pénible et dangereux pour la femme; et je conçois que l'idée soit venue de chercher à diminuer les difficultés, en se débarrassant de l'obstacle apparent, de celui qu'on regardait autrefois comme le principal; mais, ainsi que l'ont démontré les auteurs les plus recommandables, cette idée n'a pu être suggérée que par une connaissance imparfaite du mécanisme de ces accouchements; en un mot, on a pris l'effet pour la cause.

Quoi qu'il en soit, la question qui naturellement se présente alors est celle-ci : Que doit-on faire du bras? Faudra-t-il, suivant les préceptes de *Mauriceau*, le faire rentrer dans la matrice; mais cette pratique fût-elle sans inconvénients, n'est pas chose facile. On aura beau réduire le bras, la première contraction utérine le repoussera; et, en en admettant qu'on ait réussi à le maintenir réduit, il gênera la manœuvre, autant et plus peut-être que s'il était sorti, et sera lui-même susceptible d'encourir des accidents. Aussi est-on généralement d'accord aujourd'hui à admettre que le bras sorti ne demande d'autre soin, eu égard à l'accouchement, que de le maintenir d'abord au moyen d'un lac, le tenir ensuite abaissé sur le côté de l'enfant, à mesure que le corps de celui-ci descend, et extraire le bras avec le corps.

Plusieurs auteurs conseillent de tenir le lac d'une main, pendant qu'on agit de l'autre; je trouve beaucoup plus simple de confier d'abord le lac à un aide, pour ne le reprendre que quand on a amené les pieds au dehors, et que les fesses commencent à s'engager; alors on reprend le lac, et on termine l'accouchement, sans permettre au bras de se relever.

Il arrive souvent, du reste, que l'état pathologique du bras, et des organes qui l'environnent, ne permet pas de penser même à tenter cette réduction; et c'est dans ce cas que quelques accoucheurs ont pratiqué l'amputation du bras.

S'il fallait admettre avec *Levret* que « l'enfant, dont un bras sorti » seul est considérablement tuméfié, et devenu livide par l'étranglement continuel qu'il souffre de l'orifice de la matrice, périt ordinairement de toute nécessité avec sa mère, quelques moyens que l'on tente pour les sauver l'un et l'autre; » si, dis-je, cet aphorisme était vrai, et si l'amputation du bras devait, même aux dépens de la vie de l'enfant, sauver celle de la mère, je n'hésiterais pas en pareil cas à pratiquer cette opération; mais ce moyen n'est d'aucune utilité pour la mère, et peut être très-préjudiciable à l'enfant.

L'amputation du bras est inutile. Ce n'est pas que la sortie ne soit en effet un obstacle; mais cet obstacle n'est pas suffisant pour autoriser l'emploi d'une opération aussi grave. Qu'a-t-on en vue, en faisant cette amputation? De se débarrasser du membre sorti, pour pouvoir plus facilement introduire son propre bras, et ménager des organes déjà si compromis; c'est fort bien : mais pense-t-on que le corps, et surtout la tête de l'enfant, qu'il faudra cependant faire passer par la même filière, n'é-

galent et ne surpassent en grosseur les bras réunis de l'enfant et de l'accoucheur ?

En second lieu, on ne se décide à pratiquer l'amputation du bras que sur la certitude de la mort de l'enfant; mais quels sont les signes certains, irrécusables, de cette mort? est-ce le refroidissement du membre, sa lividité; sont-ce les phlyctènes, l'état de sphacèle même, qui donneront cette certitude? Le malheureux cas du docteur Élie est là pour montrer de quelle valeur sont tous ces signes. Je vais en citer un autre qui m'est personnel, et qui vient encore démontrer que, quels que soient les signes qui semblent annoncer la mort de l'enfant, quelque certitude que l'accoucheur pense avoir de cette mort, il n'en doit pas moins agir comme si l'enfant était vivant. Cette conduite au moins ne peut laisser aucun regret; et nous savons de quels désagréments peut être suivie une conduite opposée.

Le 28 avril dernier, à cinq heures du matin, je fus appelé à deux lieues de Donnemarie, pour accoucher une femme de trente-six ans, enceinte pour la quatrième fois, et ayant déjà eu, il y a un an, un accouchement non naturel; cette femme est petite, mais bien constituée.

A mon arrivée, je trouvai cette femme très-inquiète, très-agitée; depuis douze heures environ, le bras de l'enfant était à la vulve; de violentes contractions avaient eu lieu, et la femme les avait secondées de toutes ses forces. Pour les exciter encore, on lui avait administré du vin vieux; il y avait un état d'excitation très-prononcé, le pouls était dur, vibrant. Le bras de l'enfant, comprimé par le col utérin, fortement contracté, était froid, très-gonflé, violacé; çà et là apparaissaient quelques phlyctènes brunâtres; depuis longtemps, la mère ne le sentait plus remuer, tout me portait à le regarder comme mort; je fis part de mon pronostic aux parents, qui, eux-mêmes, avaient à cet égard la même opinion.

Une femme, qui avait d'abord assisté la malade, l'avait souvent touchée pour voir si le travail avançait : aussi, les parties étaient-elles desséchées, gonflées, extrêmement sensibles; le ventre était tendu, très-sensible aussi. Le col utérin très-résistant, et fortement contracté sur le bras, ne permettait pas l'introduction de la main. La vapeur, les émollients, furent insuffisants. Je demandai et j'obtins de pratiquer la saignée; une seule suffit pour amener un peu de relâchement, et, cédant au désir que manifestait la femme d'être promptement délivrée, je me mis en devoir d'opérer la version. L'enfant était en première position de l'épaule; j'introduisis donc la main droite pour aller prendre les pieds; je n'omettrai pas de dire que préalablement j'avais ondoyé l'enfant et passé un lac autour de son poignet. Lorsque, après de longues difficultés, j'eus enfin amené les pieds l'un après l'autre dans le vagin, je tirai sur le lac, pour abaisser un peu le bras, remonté pendant le mouvement d'évolution. J'eus soin, à mesure que le siége s'engageait dans le détroit inférieur, de tenir le bras appliqué contre le côté de l'enfant; et, enfin, lorsque j'eus dégagé le bras gauche, baissant le menton de l'enfant sur sa poitrine, au moyen de deux doigts introduits dans sa bouche, j'obtins facilement l'extraction de la tête.

Les auteurs prescrivent généralement de porter les doigts sur la mâchoire supérieure, sur les côtés du nez, pour faire opérer à la tête le

mouvement de flexion, en même temps que les doigts de l'autre main, portés sur l'occiput, impriment à la tête un mouvement inverse; l'action est plus directe en effet, et plus puissante en agissant sur la mâchoire supérieure; mais très-souvent les doigts glissent, tandis qu'en mettant deux doigts dans la bouche, on a sur la mâchoire inférieure un point d'appui plus sûr, et, avec de la prudence, ce moyen n'offre aucun inconvénient.

Ce qu'il faut surtout éviter quand il n'y a plus que la tête à extraire, c'est toute traction imprudente, tout mouvement capable de luxer les vertèbres cervicales, ou de distendre la moelle épinière. Beaucoup d'enfants périssent à ce moment de l'accouchement, par des manœuvres intempestives. Il vaut bien mieux alors, si l'extraction de la tête offre trop de difficultés, faire usage du forceps.

Dans le cas que je rapporte, j'étais bien persuadé de la mort de l'enfant, d'autant plus que je n'avais, avant la sortie de la tête, senti aucun battement au cordon ombilical; néanmoins, je portai dans tous les temps de la manœuvre les mêmes précautions que si je l'eusse cru vivant. Mes soins ne furent pas perdus : à mon grand étonnement, au moment où je me disposais à faire la section du cordon, j'y sentis de faibles battements; et bien que l'enfant, fort grand du reste, fût flasque et sans vie, j'eus recours aux moyens usités en pareil cas, et après une demi-heure de tentatives diverses, insuflations, frictions, etc., je remis aux parents fort étonnés un enfant bien vivant. Au bout de quelques jours, à l'aide de lotions adoucissantes et résolutives, le bras de l'enfant revint à l'état naturel, et, grâce aux mêmes soins et au régime, la mère alla bien aussi. L'enfant est mort cependant quelques semaines après, mais l'accident qui accompagna sa naissance a été tout-à-fait étranger à la cause de sa mort.

Certes, dans ce cas que je rapporte bien superficiellement, se présentaient toutes les indications qui semblent autoriser la *brachiatomie*, et, si je l'eusse proposée, je ne doute pas que les parents, la mère elle-même, n'y eussent consenti, tant ils regardaient comme certaine la mort de l'enfant; pour mon compte, je n'en faisais pas doute; mais, averti par le malheur encore récent d'un confrère, je n'en agis pas moins comme si j'eusse supposé l'enfant vivant, et l'événement vint me confirmer dans l'opinion que c'est toujours ainsi que doit en agir un accoucheur prudent.

En écrivant ces lignes, je n'ai, je le sais, rien dit de nouveau, rien qui n'ait été dit; mais je l'ai dit autrement; j'ai donné quelques détails de pratique négligés par les auteurs comme trop minutieux; je ne prétends cependant pas dire qu'il faut attacher de l'importance à des futilités; mais je dis qu'en pratique il est des moyens de peu de valeur en apparence qui peuvent parfois être utiles, et qu'il ne faut pas, par une dignité mal entendue, leur donner une exclusion absolue.

Du reste, je n'écris pas pour les médecins des grandes villes; *c'est d'eux que nous vient la lumière;* je m'adresse à cette nombreuse partie des lecteurs du *Bulletin thérapeutique*, qui, comme moi, exerçant à la campagne, savent qu'en pratique la plus petite précaution peut avoir son importance relative; et que pour nous un fait simple dans son récit, une indication utile, facile à remplir, ont souvent plus de prix

qu'une belle dissertation dont nous n'aurons peut-être jamais occasion de faire l'application.

Aussi, je ne crains pas de le dire, les observations et les faits recueillis dans la pratique des médecins exerçant dans des positions semblables à la mienne me sont souvent plus utiles que les brillants résultats obtenus par les maîtres de l'art, parce que, abstraction faite des talents hors ligne de ces sommités de la science, ils ont à leur disposition toutes les ressources de l'art, et que souvent nous sommes privés des choses les plus nécessaires; aussi, ne pouvons-nous trop souvent que suivre de bien loin et imparfaitement la route qu'ils ont ouverte, tandis que chacun de nous peut se dire : Ceci a été fait par un confrère exerçant dans les mêmes conditions que moi; je puis donc en faire autant.

C'est surtout sous ce point de vue que la publication du *Bulletin thérapeutique* est, selon moi, l'exécution d'une heureuse idée qui, établissant entre les médecins de province un moyen de correspondance générale, leur donne la facilité de se faire part de ce qu'ils ont vu et observé, tout en les tenant au courant des travaux de ceux qui font marcher la science; aussi, lis-je toujours avec plaisir, souvent avec profit, les articles du *Bulletin de thérapeutique*, fournis par les abonnés des départements; heureux si, à mon tour, je puis obtenir les suffrages de quelques-uns d'entre eux! L.-H. GÉRY, D.-M.

A Donnemarie (Seine-et-Marne.)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Solution contre la récidive des polypes des fosses nasales. — L'arrachement des polypes des fosses nasales est une opération des plus simples; cependant son succès dépend souvent de la connaissance de quelques minuties pratiques que l'on ne trouve pas dans les livres, et que l'on n'apprend que par l'expérience. Trois personnes venues de la ville ont dernièrement subi à la clinique chirurgicale de la Pitié cette dégoûtante opération. M. Lisfranc, à cette occasion, a exposé les motifs auxquels, à ses yeux, l'on pouvait rapporter les insuccès. Le premier est la mauvaise confection des pinces. Quand on veut enlever les polypes placés en arrière des fosses nasales, il faut que les pinces soient engagées très-profondément; ce but était impossible à obtenir, et depuis plus de vingt ans M. Lisfranc réclamait des couteliers des pinces qui fussent assez longues, et qui ne s'ouvrissent que peu. M. Charrière a enfin résolu ce problème; avec le secours de ses pinces on n'est pas arrêté par la profondeur de l'affection, ni par le petit diamètre des fosses nasales chez les enfants, ni chez les adultes. L'exploration des fosses nasales avec le doigt est aussi une chose des plus importantes, mais, ce qui n'est point observé par les chirurgiens, il faut que le diamètre transversal du doigt corresponde dans son introduction avec le diamètre longitudinal des fosses nasales, sans quoi la pénétration de celui-ci est difficile et infructueuse.

De toutes les maladies qu'on opère, celle qui récidive le plus souvent est le polype des fosses nasales, eela ne tient pas à ee que eeux sur lesquels on a agi ont été ineomplétement arraehés, mais à la formation de nouveaux. A eôté des polypes volumineux que vous arraehez, il y en a sur la membrane muqueuse un grand nombre de très-petits, ayant le volume d'une tête d'épingle, qui, après l'opération, repullulent avec d'autant plus de vivacité, qu'il y a dans la muqueuse pituitaire une irritation plus vive. Cela est si vrai, qu'en trois ou quatre jours M. Lisfrane a vu survenir d'autres polypes. Ce ehirurgien a constaté souvent à la loupe l'existenee de ees tout petits polypes.

Pour s'opposer à ces réeidives, qui sont extrêmement communes, le ehirurgien de la Pitié emploie la solution suivante qu'il fait porter au fond des fosses nasales au moyen d'un pinceau.

Prenez : Forte décoction de roses de Provins. . . . . quatre onces.
Sulfate de zinc . . . . trois gros.

Depuis quelques années, M. Lisfranc emploie ce moyen astringent dans ees cas, et il a y une entière confiance.

Emplâtre de Vigo contre les cicatrices de la petite vérole. — Les eicatrices laissées par les boutons de la variole ne sont pas une ehose de peu d'importanee, ehez les femmes surtout. Empêeher eeux-ci de laisser leurs traces sur la figure de celles qui ont le malheur d'être atteintes de la maladie est done un objet digne de l'attention des médecins. M. Serres, par ses essais à l'hôpital de la Pitié, a, il y a déjà quelques anuées, sanctionné l'efficacité de l'emplâtre de Vigo pour atteindre ce but. Mais les choses utiles ont besoin d'être de temps en temps rappelées ; c'est pourquoi nous mentionnons les deux résultats suivants obtenus par M. Sandras, à l'hôpital de la Charité. Au n. 22 de la salle Saint-Joseph a été couchée, le 4 août, une domestique âgée de seize ans, présentant une variole demi-eonfluente. La face, les bras, la poitrine étaient couverts de nombreux boutons ; l'emplâtre de Vigo a été appliqué sur les deux joues, sur le front et sur un des bras lorsque les boutons étaient dans tout leur développement ; l'époque de la desquammation arrivée, les emplâtres ayant été enlevés, on s'est convaincu que les boutons avaient avorté, et que la peau, dans les points eouverts, était plus blanche et exempte de eieatrices lorsque celles-ci existaient dans les autres parties. Au numéro 17 de la salle Saint-Ferdinand était un jeune homme atteint de variole : les boutons étaient nombreux et développés. Le 19 juillet, on applique, sur la moitié gauche du front, l'emplâtre de Vigo ; le 21 on le place sur tout le bras droit, et le 25 sur l'avant-bras gauche. La même modification a été observée que ehez la malade préeédente. Les places reeouvertes par l'emplâtre sont beaueoup plus nettes, les cicatrices beaucoup plus petites et moins profondes, et les rongeurs qui persistent après la chute des croûtes beaucoup moins prononcées.

Ces faits sont dignes d'intérêt.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PNEUMONITE QUI A RÉGNÉ A PARIS CONJOINTEMENT AVEC LA GRIPPE, ET SUR SON TRAITEMENT.

Le printemps de cette année a été médicalement caractérisé par une double épidémie : la grippe, qui a été en quelque sorte universelle et en général fort peu grave pour les sujets dont la poitrine n'était pas antérieurement attaquée, et la pneumonite dont nous nous occupons actuellement. La première épidémie a été partout et surabondamment décrite ; elle est d'ailleurs complétement éteinte ; la seconde a été à peine mentionnée au contraire, et comme elle a eu une certaine gravité, sinon par le nombre de ses victimes, du moins par l'intensité des symptômes qu'elle a présentés, que d'ailleurs elle laisse encore aujourd'hui entrevoir son influence, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'entrer ici dans quelques détails sur la thérapeutique qui lui est propre.

Pour notre compte, nous avons vu un assez grand nombre de ces malades à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et dans notre pratique particulière, pour pouvoir tirer de ce que nous avons observé quelques règles de conduite, et ce sont ces observations que nous présentons ici succinctement.

Premièrement, si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des malades dont il nous a été donné de recueillir l'histoire, pour nous faire une idée de la maladie, nous trouvons, pour les vingt pneumonites dont nous possédons les détails, treize hommes et sept femmes ; sur vingt pneumonites, nous en avons perdu sept, deux hommes et cinq femmes. Ces deux hommes sont les seuls âgés de cinquante ans que nous ayons eu à traiter ; tous les autres, au nombre de onze, étaient plus jeunes. Ainsi trois avaient de dix-huit à vingt ans ; quatre, de vingt à trente ; trois, de trente à quarante ; un, quarante-deux ans. Parmi les femmes, les deux seules guérisons que nous ayons obtenues l'ont été l'une sur une femme de dix-huit ans, l'autre sur une femme de quatre-vingt-douze ans, ce qui prouve du moins que l'âge n'a été pour rien dans les chances de guérison ou de mortalité dans ces deux cas ; les cinq pneumonites mortelles se sont trouvées chez des femmes de quarante-huit, quarante-neuf, cinquante-neuf, soixante-deux et soixante-quinze ans. S'il est possible de tirer quelques conséquences d'un si petit nombre de faits, on peut déduire de ceux-ci que la pneumonite dont nous parlons a été beaucoup plus grave chez les vieillards, puisqu'elle a enlevé,

moins un, tous nos malades âgés d'au moins quarante-huit ans, et que nous avons vu guérir sans exception tous ceux qui étaient en dessous de cet âge ; mais, nous nous hâtons de le dire, il est difficile et dangereux de tirer d'un petit nombre de cas des conséquences rigoureuses ; et nous nous garderions bien, par exemple, d'abuser de nos chiffres jusqu'à regarder comme peu grave une pneumonite quelconque tombant sur un sujet de moins de quarante-huit ans, et de déclarer immédiatement mortelle celle que nous rencontrerions sur un sujet qui aurait dépassé cet âge : seulement, si la remarque que nous avons pu faire sur les sujets soumis à notre observation se répétait sur un grand nombre d'autres, et surtout sur des malades soumis à des modes de traitement divers et plus ou moins différents de celui que nous avons adopté, on pourrait arriver à la conclusion de statistique que nous énoncions plus haut ; il faudrait alors reconnaître dans l'âge seul, indépendamment des soins médicaux et autres, la condition fatale de la gravité du mal ; ou si la même remarque coïncide, dans d'autres services de médecine, avec un traitement analogue à celui que nous avons suivi, et non pas avec des traitements dissemblables, alors il pourrait se faire que l'âge et le traitement suivi fussent les deux causes coefficientes de nos succès et de nos revers ; et on arriverait comme conclusion à regarder notre traitement comme éminemment utile et efficace pour les jeunes, comme dangereux ou du moins comme complétement inefficace pour les vieillards. Pour nous, nous ne nous permettons pas de trancher le nœud ; nous avons cité ce nombre parce que, par le mode numérique qui court, beaucoup de gens croiraient ne rien savoir s'ils ignoraient quelle fraction de bonne ou mauvaise chance le hasard peut donner à leurs malades ; mais nous croyons fermement que dans les cas malheureux comme dans les plus favorables, nous avons cherché à saisir les meilleures indications thérapeutiques ; nous croyons fermement que plusieurs de nos malades sont arrivés à l'hôpital dans un état qui ne laissait guère de ressource et d'espoir de guérison ; nous croyons surtout qu'un champ si limité d'observation ne laisse pas de place aux conjectures de la statistique, et nous apportons notre tribut à l'édifice, sans nous arroger le droit d'en régler les proportions d'après les matériaux que nous y pouvons fournir.

Dans la plupart des cas, la cause de ces pneumonites nous est restée entièrement inconnue ; tout ce que nous savons en général, c'est que la multiplication des pneumonites pendant le printemps coïncidait avec les accès de froid et de froid humide de la température ; mais nous ne savons rien de particulier à cet égard sur chacun de nos malades.

Quant au traitement, nous manquerions à nos devoirs de conscience si

nous n'appelions pas l'attention du lecteur sur cette remarque, que le traitement dans nos salles a été plus heureux que ne le feraient présumer les observations déjà publiées sur cette maladie. Sans doute nous avons assez fait notre profession de foi sur la valeur des chiffres, quand il s'agit de thérapeutique, pour qu'on ne nous accuse pas de vouloir faire usage de cette différence numérique contre d'autres méthodes ou en faveur de la nôtre; mais nous ne pouvons pas faire que ce qui est ne soit pas, et s'il est absurde de vouloir tirer des conclusions rigoureuses d'une considération exclusive des chiffres en médecine, ou tant de considérations se groupent toujours autour d'un seul fait, il serait déraisonnable aussi de ne pas chercher la cause d'une différence là où cette différence existe. Le traitement de chaque maladie se doit fonder sur des déductions toutes spéciales, toutes personnelles, applicables à chaque malade exclusivement; la thérapeutique employée dans une épidémie peut être plus ou moins heureuse, parce que les indications spéciales sont plus ou moins bien saisies; par conséquent, sans admettre la valeur exclusive de la statistique appliquée aux maladies, on est en droit de se louer d'une méthode, d'après le plus grand nombre de succès qu'on croit lui devoir; surtout si l'on entend par méthode non pas l'application aveugle d'un système de traitement à tout un genre de maladies, sorte de supplice à la manière du lit de Procuste, dont tout médecin raisonnable doit avoir horreur, mais au contraire une médication éclairée et prudente, fondée sur l'étude des indications thérapeutiques d'après l'ordre de leur importance. C'est cette méthode que nous avons la prétention d'avoir suivie; elle a l'inconvénient que nous ne pouvons pas la dire exclusivement *nôtre*, elle a cela de fâcheux qu'elle ne peut pas se transmettre en quelques paroles, parce qu'elle s'attache activement à tous les faits et à toutes les nuances des faits; elle ne se prête pas à l'analyse des chiffres, parce qu'elle se fonde sur toutes les variétés individuelles en santé et en maladie; mais aussi elle a l'avantage de rappeler toujours l'attention du médecin vers les deux choses les plus importantes dans l'art : les découvertes dues à l'empirisme, la coordination pratique des besoins du malade connus par l'expérience, et du moyen d'y satisfaire. Or voici quelle a été notre méthode :

Nous avions affaire à une pneumonite, et cette pneumonite était épidémique. Comme pneumonite, elle pouvait céder aux moyens ordinairement usités contre ces maladies; comme pneumonite épidémique, elle pouvait avoir son caractère particulier, son mode d'être, son spécifique. Nous avons donc eu à tenter le traitement ordinaire des pneumonites, puis à voir s'il devait être modifié par l'épidémie actuelle. C'est en nous livrant attentivement à ce double tâtonnement, tâtonnement dans

lequel se résume d'ailleurs continuellement toute médecine pratique, que nous sommes arrivés au résultat que nous avons fait connaître, et qui nous paraît propre à confirmer plutôt qu'à infirmer la méthode.

Nous avons vu, en nous dirigeant toujours dans ce sens, céder quelques pneumonites aux évacuations sanguines; celles-là c'étaient les pneumonites les plus simples et les plus franches; nous en avons vu d'autres persister malgré des évacuations sanguines répétées; c'étaient ou des pneumonites avec bronchite universelle, ou des pneumonites d'une forme particulière, dessinée extérieurement par le facies typhoïde et par l'état des gencives, de la langue et de l'encéphale, qui appartiennent à toutes les affections typhoïdes; nous avons tâté les unes et les autres par les révulsifs sur le peau; les premières ont cédé mieux que les secondes; nous avons tenté de réduire ces dernières par les émétiques et par le tartre stibié à haute dose; les émétiques, l'ipécacuanha, l'émétique à dose d'un ou deux grains, nous ont procuré quelques succès : mais des succès plus grands et plus beaux étaient réservés au tartre stibié à haute dose. Ce médicament nous a été manifestement utile, répété pendant plusieurs jours de suite aux doses de six, douze, dix-huit et même vingt-quatre grains, pris dans les vingt-quatre heures dans une potion de huit onces administrée aux malades par cuillerée d'heure en heure. Cependant nous devons dire que, dans le commencement de l'épidémie, enhardis trop tôt par quelques succès, nous avions tenté de débuter par le tartre stibié, sans saignée préalable, et surtout pendant que la maladie se formait, pour ainsi dire, sous nos yeux, et nous n'avons pas tardé à nous repentir d'une conclusion ainsi tirée trop précipitamment; nous avons réduit prudemment le rôle du tartre stibié à haute dose, en ne le faisant intervenir qu'après une ou deux saignées générales ou locales, et surtout au moment où la maladie tournait à l'état typhoïde. A compter de cette époque, nous n'avons plus eu, pour ainsi dire, que des succès, même dans les cas en apparence les plus graves. Les pneumonites simples étaient enlevées par les saignées; les pneumo-bronchites, par les saignées et les révulsifs; les pneumonites typhoïdes par les saignées avant l'état typhoïde, et le tartre stibié à haute dose lorsque cet état se montrait. Qu'il y eût ou non tolérance, le mieux ne tardait pas à se manifester, et nous croyons devoir à cette méthode les succès que nous avons obtenus. Il faudrait d'ailleurs un plus grand nombre de faits pour parvenir à saisir parfaitement les nuances des cas de succès ou de ceux où nous avons échoué; l'anatomie pathologique nous en a bien expliqué quelques-uns en constatant sur des cadavres l'existence de lésions mortelles, telles que des tubercules développés dans les poumons avant l'invasion de la pneumonite actuelle,

mais nous avouons que pour les autres la considération d'âge est la seule qui nous ait frappé.

Voici maintenant quelques-unes des observations qui nous paraissent plus propres à faire connaître la maladie et l'usage que nous avons cru devoir faire des moyens dont nous venons d'entretenir le lecteur.

Obs. I. — Le nommé Py, tailleur, âgé de dix-huit ans, d'une constitution grêle et délicate, n'avait jamais eu d'affection de poitrine avant le mois de janvier de cette année; vers la fin de ce mois il avait été atteint de la grippe, et après quelques jours de repos et de soins hygiéniques il avait pris du vin chaud pour hâter sa convalescence, et était retourné à son atelier. Mais le lendemain, se trouvant plus malade, il entra à l'Hôtel-Dieu, où il fut couché salle Saint-Landry, n. 58, le 5 février. Il présentait tous les symptômes d'une bronchite intense. Une saignée de seize onces fut pratiquée le soir même. Malgré cette émission sanguine l'état du malade s'est aggravé, et des signes non douteux de pneumonite ont remplacé ceux de bronchite qui existaient seuls la veille. Les crachats ont une teinte rougeâtre; le poumon droit entièrement mat à la percussion fait entendre à l'auscultation un râle crépitant, mêlé de râle muqueux vers le sommet du poumon; la soif est vive; le pouls a cent trente-deux pulsations par minute. (Potion stibiée à six grains, à prendre par cuillerée d'heure en heure.)

Le malade vomit plusieurs fois; il a eu plusieurs selles pendant les trois premiers jours de la potion stibiée, composée de douze et dix-huit grains du médicament. Ce n'est que le quatrième que la tolérance a lieu. Du reste l'état du sujet ne présente pendant ce temps aucune amélioration. La matité est la même ainsi que le râle crépitant; mais les crachats prennent une couleur jus de pruneaux. L'abattement et la prostration sont toujours extrêmes; les lèvres sont fuligineuses; la physionomie présente l'aspect typhoïde le mieux caractérisé.

Le quatrième jour la tolérance pour l'émétique étant établie, l'abattement est moindre; la physionomie meilleure; matité moins considérable à la partie inférieure du poumon droit; on commence à y entendre quelques bulles de râle crépitant de retour, et le râle crépitant du sommet devient muqueux. Les crachats sont toujours un peu rouillés. (On continue la potion stibiée à dix-huit grains, et l'on applique vingt-cinq sangsues sur le côté droit où est survenu un point douloureux pendant la toux. Le lendemain les crachats sont entièrement bronchiques et sans aucune teinte de sang; mais la dyspnée est toujours très-grande. On continue la potion stibiée.

Le sixième il survient une douleur très-intense à la région hypogastrique; le ventre est très-sensible à la pression. Abattement et prostration toujours au même degré; amélioration sensible des fonctions respiratoires. (On suspend la potion stibiée. Trente sangsues sur l'abdomen.)

A partir de ce jour tout rentre dans l'ordre; on n'est pas obligé de reprendre la potion; la respiration se rétablit d'une manière parfaite, et après quinze jours de bonne convalescence le malade sort de l'hôpital complétement guéri.

Obs. II. — Au n. 42 de la salle Saint-Landry a été couché le nommé Bernard, fondeur, âgé de vingt ans. Malade de la grippe depuis quatre ou cinq jours, il est entré à l'Hôtel-Dieu le 2 février avec tous les signes d'une pneumo-

nite double, plus intense à gauche qu'à droite. Le 3, on pratique une saignée abondante le matin; on la répète le soir. Continuation des symptômes. Les 4, 5, 6 et 7 février, potions stibiées à douze grains; vomissements et selles abondants les premier et second jours; tolérance complète les deux autres. Le 10, le malade entre en convalescence et mange le quart. Le 27, on entend encore un peu de râle crépitant à gauche, et cependant Bernard n'éprouve aucune gêne de la respiration. Il ne tarde pas à sortir guéri.

Obs. III. — Pinson, âgé de trente-quatre ans, homme d'une constitution robuste, est entré le 7 mars à l'Hôtel-Dieu et a été couché salle Saint-Landry, n. 7. Après avoir eu la grippe, dit-il, il s'est vu dans la nécessité de suspendre ses travaux et il présente tous les signes de la pneumonite succédant à la bronchite générale; râle muqueux dans toute la poitrine, par place en arrière, absence de la respiration, et de temps en temps râle crépitant; matité assez prononcée, surtout à droite; douleurs dans tout le thorax, teinte asphyxique sur toute la face. (Douze grains de tartre stibié. Diète.)

Le malade a bu, par erreur, d'une seule gorgée la moitié de la potion; il a évacué abondamment par le haut et par le bas. Il y a eu soulagement marqué, la langue et les lèvres sont moins sèches et moins fuligineuses. (Vingt-quatre grains de tartre stibié.) Tolérance mieux prononcée. On continue le même moyen pendant trois jours; la tolérance et le mieux se soutiennent; on entend enfin en arrière à droite un râle crépitant de retour très-prononcé; la matité de la poitrine a diminué, la respiration est meilleure. Au bout de trois jours, le mieux qui a continué sous l'empire des mêmes moyens permet de donner au malade le quart d'aliments. Il n'y a plus qu'un peu de râle crépitant à droite; toutes les fonctions d'ailleurs sont en bon état. Deux jours après il sort guéri.

Obs. IV. — Le 11 février; un infirmier de la salle Sainte-Marthe est amené dans un état complet d'ivresse et couché au n. 47 bis de la salle Saint-Landry. Céphalalgie intense, pouls plein et fréquent; râle crépitant à la partie moyenne du poumon gauche; râle muqueux à la base et au sommet. Respiration puérile à droite, sans bruit particulier. Crachats rouillés, aérés à grosses bulles. (Saignée de dix-huit onces.) Le soir, même état; douleur assez vive au côté gauche. Ventouses pour tirer seize onces de sang.

12. Les symptômes de la pneumonite ont presque complétement disparu; la langue est chargée, la bouche mauvaise, l'appétit nul. (Vingt-quatre grains d'ipécacuanha et un grain d'émétique.)

14. Le malade est entièrement guéri et reprend ses fonctions d'infirmier.

Nous aurions pu, si nous y voyions quelque utilité, citer ici bien d'autres exemples; mais ce serait répéter fastidieusement en détail des faits plus ou moins semblables à ceux dont nous venons de faire mention, et qui doivent suffire, sinon pour donner une idée générale de la maladie, ce qui n'est pas ici notre but, du moins pour fixer l'attention sur les remarques de thérapeutique qui nous ont paru capitales.

En résumé, 1° l'épidémie nous a paru sévir avec une intensité bien différente sur les vieillards et sur les adultes; elle tuait les premiers beaucoup plus vite : de là la nécessité de se hâter dans l'usage des agents

thérapeutiques. Nous n'attribuons la guérison d'une de ces pneumonites sur une femme de quatre-vingt-douze ans, qu'à la promptitude avec laquelle nous avons appelé à son aide, malgré son grand âge, une forte évacuation sanguine.

2° Nous avons trouvé le mal plus grave quand nous avions affaire à une pneumo-bronchite universelle que quand nous étions en face d'une pneumonite locale même fort intense, même double. Le tartre stibié à haute dose nous a beaucoup mieux réussi contre ces dernières que contre les premières; celles-ci passaient facilement à une sorte d'état chronique fort dangereux et fort opiniâtre quand elles ne jugulaient pas le malade tout d'abord; les pneumonites locales, au contraire, une fois qu'elles cédaient, le faisaient en général franchement et sans retour : si elles suspendaient leur marche rétrograde, notre médicament héroïque ne tardait pas à nous en donner raison, tandis que dans les pneumo-bronchites chroniques il a plusieurs fois trompé notre espoir.

3° Nous avons dû, dans plusieurs cas, accuser des tubercules pulmonaires de la difficulté que nous éprouvions à résoudre ces pneumo-bronchites.

4° Enfin le traitement dont nous avons exposé sommairement les résultats au commencement de cette note, dont nous avons ensuite développé un peu les bases, nous a paru couronné d'un assez beau succès pour qu'en cas pareil nous ne craignions pas de le recommander. Nous prions seulement le lecteur de vouloir bien se souvenir que ce n'est ni la saignée, ni des eméto-cathartiques, ni le tartre stibié à haute dose que nous entendons préconiser, mais un juste et sage emploi de ces moyens, suivant les besoins des malades. Je n'appelle pas *traitement*, *l'abus aveugle, exclusif, d'une recette ou d'un remède;* je réserve particulièrement cette belle dénomination *à l'usage méthodique des modificateurs de l'organisme que l'empirisme a fait connaître.*

S. Sandras.

DE L'EMPLOI DE L'IODE A HAUTE DOSE.

Nous avons publié tout récemment, dans le *Bulletin de thérapeutique* (tome XII, p. 42), quelques observations très-curieuses sur l'emploi de l'iode à haute dose. Ces observations cliniques, dont nous avons eu soin d'indiquer la source, ont été fournies par M. Bucchanan, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow. Simple rapporteur dans une question thérapeutique où nous ne mettions rien du nôtre, il devait nous suffire d'exposer fidèlement et clairement les circonstances es-

sentielles de l'emploi de cette méthode; c'est aussi le parti que nous avons pris. Nous avons fait plus : malgré l'autorité du chirurgien anglais, nous avons décliné expressément toute part de responsabilité de la méthode nouvelle, en déclarant que, pour notre compte, nous restions en suspens sur son efficacité réelle jusqu'à une plus longue expérimentation.

Tant de précautions minutieuses en reproduisant textuellement des observations aussi authentiques que possible devaient nous mettre à l'abri de toutes les critiques imputables à cette méthode; M. Guibourt, pharmacien distingué de la capitale, en a jugé autrement; il nous enveloppe gratuitement dans la proscription juste ou injuste dont il la frappe, quand il devait ne s'en prendre qu'au docteur Bucchanan. Nous ne savons pas trop pourquoi M. Guibourt s'est ému si vivement contre nous, ou plutôt contre le *Bulletin de thérapeutique*, car il ne nomme pas une seule fois l'auteur de cet article; mais ce que nous savons, c'est que sa critique n'est pas toujours fondée, et qu'elle est encore moins polie. Nous ne récriminerons pas au sujet de la leçon de chimie élémentaire qu'il se croit en droit de nous faire, en nous autorisant de son exemple pour lui faire à notre tour une courte leçon de médecine pratique; nous examinerons seulement, pour être plus utile à nos lecteurs, les difficultés véritables soulevées depuis notre article par les nouveaux essais de la méthode de M. Buccbanan.

Nous dirons en premier lieu qu'on a beaucoup exagéré l'action toxique de l'iode; s'il faut citer en preuve des autorités non suspectes, je mentionnerai plusieurs passages de l'article *Iode*, dans le formulaire de M. Magendie, où ce fait est établi. Ainsi l'injection d'un gros de teinture de cette substance dans les veines de quelques animaux n'a été suivie d'*aucun effet;* l'ingestion de la même substance dans l'estomac de quelques chiens provoqua des vomissements sans produire aucun autre effet. Voyant cette innocuité, ajoute le célèbre expérimentateur, j'avalai moi-même une cuillerée à café de la même teinture, et il n'en résulta rien... J'ai vu récemment, continue M. Magendie, un enfant de quatre ans à qui, par méprise, on avait donné une cuillerée à café de teinture d'iode préparée chez M. Pelletier : les lèvres et la langue furent colorées en jaune; mais aucun accident ne suivit cet événement. La teinture en question contient six grains d'iode par gros. On trouve un peu plus loin, dans le même ouvrage, qu'on administre la teinture d'iode aux adultes à la dose de quatre à dix gouttes trois fois par jour, et qu'on peut augmenter progressivement jusqu'à vingt gouttes trois fois par jour. Or vingt gouttes de cette teinture contiennent trois grains d'iode; c'est donc trois grains d'iode par jour que M. Magendie prescrit. Que

M. Guibourt se rappelle ces formules, et il effacera de lui-même ce qu'il a écrit contre notre dire, qu'on ne donne pas l'iode à la dose de trois ou quatre grains par jour, mais seulement à la dose de un ou deux grains tout au plus. En outre tous les médecins savent qu'il faut souvent atteindre à cinq ou six grains pour déterminer quelques vomissements et quelques coliques, phénomènes très-éloignés encore des accidents d'un empoisonnement. Enfin M. Guibourt ne dit pas que, pour ulcérer l'estomac des chiens et décider la mort par l'effet de l'iode, il n'en faut pas moins d'un gros à trois gros. M. Guibourt nous a fait *sourire* à notre tour lorsqu'il a écrit qu'on ne peut prendre un bain avec addition de deux grains d'iode par litre d'eau sans éprouver, ce sont ses expressions, un picotement insupportable à la surface du corps, sans que la sueur ruisselle sur le visage, sans que la peau se teigne d'une couleur jaune foncée, etc. Tous les médecins savent que rien n'est plus variable que l'action des médicaments introduits par l'enveloppe extérieure sous la forme de bains, et que, loin d'observer ces effrayants phénomènes en administrant ainsi l'iode, on peut excéder impunément du double, et même davantage, la quantité indiquée, pourvu qu'on procède graduellement; mais M. Guibourt ne traite pas des malades, et c'est ce qu'il a oublié quand il a parlé de l'action de l'iode. Nous arrivons aux formules de l'administration de cette substance proposée par M. Bucchanan. Les proportions d'iode qui passeraient dans l'économie, si les observations de ce médecin étaient exactes, seraient énormes en effet, puisqu'il en ferait consommer jusqu'à deux gros et même demi-once. Lorsque nous avons énoncé le sentiment de M. Bucchanan sur l'ingestion de cette forte dose d'iode, nous n'avons rien préjugé relativement à l'état dans lequel il pouvait se trouver dans les préparations admises. M. Guibourt prétend qu'une grande partie est frappée d'inertie dans ces combinaisons ou ces mélanges : nous le croyons volontiers puisqu'il en a fait l'épreuve; mais nous n'avons jamais dit le contraire. Si M. Guibourt nous avait jugé avec un peu plus de maturité, il se serait assuré que, loin de confondre, comme il veut bien le supposer, l'action de l'iode pur avec l'action de ses composés, nous avons insisté à plusieurs reprises, et notamment dans les conclusions de notre article, sur l'obligation d'employer l'iode sous les formes et d'après les préparations du docteur Bucchanan. C'est surtout, dit-il, pour prévenir cette confusion qu'il a pris la plume. Il se serait épargné cette peine en lisant dans notre article le passage suivant : « Que l'iode ne peut réussir aux » doses proposées qu'autant qu'on l'administre sous des formes analo- » gues à celles dont nous avons donné les formules d'après M. Buccha- » nan. »

Les médecins qui nous ont lu ne se sont pas mépris au sens de nos paroles ; quelques-uns ont employé les formules du chirurgien de Glascow ou des formules analogues avec quelque succès, et tout au moins *sans le moindre inconvénient.* Nous citerons dès à présent M. le docteur Beaudelocque, médecin de l'hôpital Necker. Ce praticien a administré l'iodure d'amidon en bouillie dans les proportions de la formule de M. Bucchanan. Il en a fait prendre demi-once matin et soir à des enfants de trois ou quatre ans. Le même médecin a eu recours à l'emploi de l'iode à haute dose contre des cas de scrofules rebelles, en l'incorporant dans du sirop de gland ; il a fait entrer un gros d'iode par litre de sirop, et il a fait prendre deux onces par jour de ce mélange à des enfants de cinq à six ans. Ici revient la même question que nous agitions tout à l'heure au sujet des formules de M. Bucchanan : savoir, si l'iode conserve ses propriétés sous ces préparations pharmaceutiques, et quelle quantité d'iode se met en contact avec les organes dans la supposition qu'il n'est pas entièrement neutralisé dans ses diverses transformations ; cette question est l'affaire de la chimie ; nous nous occuperons de la résoudre à l'aide de l'analyse de ses composés. En attendant, il est certain que les formules des préparations iodurées, telles que les a publiées le médecin de Londres, doivent être rejetées, comme M. Guibourt le prouve. Nous donnons ici les formules qu'il propose d'y substituer ; elles sont de beaucoup plus exactes, et méritent d'être préférées.

Formule de M. Guibourt pour la préparation de l'acide hydriodique :

Iodure de potassium.	2 gros	63 grains.
Acide tartrique cristallisé.	2	45
Eau.	24	23

On fait d'abord dissoudre l'acide tartrique seul dans l'eau contenue dans un flacon qui en soit presque entièrement rempli. Lorsque la dissolution est complète, on y ajoute l'iodure de potassium ; on agite pendant quelque temps, et on laisse reposer. M. Guibourt fait observer que l'acide hydriodique ainsi préparé, malgré les plus grandes précautions, est un médicament très-altérable et nécessairement très-variable dans ses effets.

Formule pour la préparation de l'iodure d'amidon, par M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale :

On fait dissoudre vingt-quatre grains d'iode dans cinq grains d'alcool rectifié ; on verse le soluté dans un vase qui contient une once d'amidon suspendu dans l'eau à cet effet. On agite l'amidon d'une main, tout en versant l'iode de l'autre. On obtient ainsi un iodure d'amidon d'un bleu foncé, qu'on laisse reposer ou qu'on reçoit sur un filtre pour le sé-

parer du liquide surnageant. On le fait sécher en l'exposant à l'air libre, sur un corps avide d'eau. Nous terminerons par conseiller à M. Guibourt de s'en tenir à la pharmacie : le champ est assez beau et il y brille avec assez d'éclat pour ne rien ambitionner de plus. S'il aspirait à cumuler les honneurs de la médecine clinique, l'essai qu'il vient de faire ne nous paraît pas assez heureux pour qu'il n'ait pas à craindre l'application de l'adage : *Sutor ne ultra crepinam.*

FUSTER.

UN MOT SUR LE CETRARIN, NOUVEAU PRINCIPE FÉBRIFUGE EXTRAIT DU LICHEN D'ISLANDE.

Dans l'état actuel de la science il pourrait, au premier abord, paraître superflu de chercher à enrichir la thérapeutique des fièvres intermittentes : en effet qu'a-t-on à demander après la découverte du sulfate de quinine? toutefois, sans parler des vomitifs, des préparations ferrugineuses et d'autres substances plus ou moins actives qui ont été employées, soit seules, soit concurremment avec le quinquina; nous voyons que des praticiens recommandables ont essayé, à une époque encore très-rapprochée de nous, de tirer parti de substances auxquelles on était loin d'attribuer une vertu fébrifuge : ce sont l'écorce de saule et les feuilles de houx principalement; on en a même extrait les principes actifs qui font la salicine et l'élicine, et des succès assez nombreux ont couronné les efforts des médecins qui les premiers ont eu recours à ces remèdes.

Ces tentatives de remplacer le quinquina ne doivent surprendre personne; car, d'une part, le sulfate de quinine n'est pas à beaucoup près toujours bien supporté par les malades, et d'une autre part c'est un médicament encore cher et qui peut le devenir bien davantage, par suite des communications interrompues avec l'étranger, comme nous en avons eu un triste exemple dans nos dernières guerres. C'est pour ces motifs que nous devons mentionner la découverte d'un nouveau fébrifuge. On lit dans le premier cahier du tome VIII, année 1837, du *Répertoire de pharmacie*, de Buchner, que M. Herberger, pharmacien à Kaiserslautern, a retiré du lichen d'Islande un principe actif auquel il a donné le nom de *cétrarin ;* M. Mueller, médecin de la même ville, a expérimenté ce médicament; et nous allons rapporter succinctement deux des cas dans lesquels ce médecin a administré cette substance (1).

---

(1) Il est fâcheux que le journal allemand ne mentionne pas la préparation de cette substance. Nous ferons des recherches pour remplir cette lacune.

La première observation est celle d'un jeune homme de dix-sept ans, d'une constitution vigoureuse, jouissant habituellement d'une bonne santé, et qui fut pris au commencement d'octobre 1836 d'une fièvre quarte; les accès se manifestaient à époque fixe, duraient depuis trois heures de l'après-midi jusqu'à six heures du soir, et les stades de chaud et de froid étaient à peu près égaux : le malade se plaignait en même temps d'une douleur vive au front, de pesanteur à l'estomac, d'un goût d'amertume dans la bouche, et d'envies de vomir. Déjà plusieurs accès avaient eu lieu lorsqu'on prescrivit un vomitif qui fit disparaître la complication gastrique; le type quarte apparut alors dans toute sa simplicité, mais avec la même intensité. On attendit que quelques nouveaux accès eussent confirmé la nature de la maladie pour donner le cétrarin que l'on administra de la manière suivante :

Cetrarin.	deux grains.
Gomme arabique.	deux grains.
Sucre en poudre.	douze grains.

Mêlez pour un paquet.

Ce paquet ne forme qu'une dose; on en donne toutes les deux heures une semblable au malade. Ces poudres, administrées pendant l'apyrexie, produisirent une diminution très-considérable dans la durée de l'accès suivant; au lieu de trois heures, celui-ci dura à peine une heure; l'état général du malade était satisfaisant, l'appétit normal et la digestion facile; le régime se composait de trois soupes. Dans l'apyrexie qui suivit on se conduisit absolument de la même manière, ce qui eut pour résultat que, pendant tout le temps où la fièvre devait se manifester, il y eut seulement des pandiculations et des bâillements. La fièvre disparut complétement lorsqu'on administra ces poudres pour la troisième fois. A dater de cette époque, l'appétit reprit toute sa vivacité; le malade ne ressentit plus aucune douleur à l'estomac; les selles devinrent régulières, et les forces augmentèrent visiblement : il n'y eut pas de rechute.

La seconde observation est celle d'un femme de trente-six ans, d'une constitution forte, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, et qui fut prise, vers le milieu d'octobre 1836, d'une fièvre tierce avec complication gastrique. M. Mueller fit subir à cette malade le même traitement qu'au jeune homme de l'observation précédente, et il eut le plaisir de le voir couronné du même succès.

Ces essais semblent prouver, comme le croit Mueller, que le cétrarin est un médicament qui, à la dose indiquée plus haut, est un puissant fébrifuge; qu'il paraît à la vérité agir plus lentement que le quinquina, mais qu'il a l'avantage de ne point irriter l'estomac; il revient aussi

bien moins cher que le sulfate de quinine ; en effet Herberger a retiré cent trente-cinq grains du plus pur cétrarin d'une livre de mousse d'Islande jeune et fraîchement séchée. Il se pourrait que ce médicament, dissous dans l'esprit de vin, eût une action incomparablement plus puissante, et fît disparaître plus vite les accès de fièvre, que lorsqu'il est simplement administré en poudre ; H. Bruck.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DU VARICOCÈLE ET DES VARICES PAR LES ÉPINGLES, C'EST-A-DIRE PAR LE PROCÉDÉ DE M. VELPEAU.

L'oblitération des vaisseaux, qui a tant occupé les chirurgiens depuis plus d'un demi-siècle, semble aujourd'hui les occuper plus vivement encore qu'elle ne l'avait jamais fait, surtout en ce qui concerne les veines. Les expériences auxquelles M. Velpeau s'est livré en 1829, et dont il a publié les premiers résultats en 1830, semblent avoir été le point de départ de toutes les recherches nouvelles qui se publient chaque jour. Ce chirurgien avait effectivement annoncé qu'au moyen d'une épingle, d'une aiguille, d'un fil, d'un corps étranger quelconque passé au travers d'un vaisseau et laissé en place pendant un ou plusieurs jours, on parvenait à oblitérer le conduit circulatoire comme par une ligature. Or, il est évident que les procédés qui consistent à traverser une veine au moyen d'un fil en forme de séton, comme le préfère M. Fricke de Hambourg, ou bien à traverser, sur un ou plusieurs points, le même vaisseau avec une épingle, comme le fait M. Davat, ne sont que des applications de la proposition précédente.

Les aiguilles ou les sétons multipliés dont on larde certaines tumeurs érectiles appartiennent encore à la même méthode ; il est clair, en un mot, que tous ces moyens thérapeutiques ont leurs racines communes dans l'acupuncture qu'avait expérimentée et proposée M. Velpeau, dans le but d'obtenir l'oblitération des vaisseaux au lieu de se servir de la ligature. C'est donc là l'idée-mère à laquelle nous devons déjà le traitement des tumeurs érectiles par les épingles ou par les fils ou sétons tels que les ont employés jusqu'ici et M. Velpeau lui-même, et M. Lallemand, et M. B. Philips. (*Bulletin de thérapeutique*, t. XI, p. 59.)

Expérimentant lui-même, pour les veines, les différentes nuances de sa méthode sur l'homme, ce chirurgien en a essayé comparativement les divers procédés dès l'année 1832, et depuis un très-grand nombre de fois. Aujourd'hui il a reconnu que le fil, en manière de séton, que les aiguilles ou les épingles, passées au travers des vaisseaux, n'étaient pas sans quelque danger, et il s'est arrêté au procédé que nous décrirons et qu'il applique à tous les genres de varices, mais dont nous ne parlerons aujourd'hui qu'en ce qui concerne le varicocèle.

Du reste, ce procédé paraît tellement simple au premier coup d'œil, que plusieurs chirurgiens des hôpitaux l'ont déjà adopté. Dans la dernière livraison de ce recueil. M. Jobert, par exemple, n'hésite pas à en proclamer l'importance et les avantages; aussi M. Jobert a-t-il suivi de point en point, dans ses essais, les règles établies à ce sujet par M. Velpeau, et cela avec d'autant plus de sûreté, que M. Duméril, qui lui a servi d'aide, a passé toute l'année 1836 en qualité d'élève externe dans les salles de M. Velpeau, à la Charité.

Comme c'est un mode de traitement qui ne peut manquer de se généraliser, nos lecteurs ne seront sans doute pas fâchés d'en trouver ici l'histoire exacte. C'est dans son Traité de médecine opératoire (t. I, p. 87), publié en 1832, que M. Velpeau en a donné la première pensée; depuis il l'a reproduite à l'Académie royale de médecine, en 1834, dans une discussion qui eut lieu sur le traitement du varicocèle. Des malades ainsi traités par lui, d'abord à l'hôpital de la Pitié, ensuite à l'hôpital de la Charité, en 1833, 1834 et 1835, permirent en outre aux rédacteurs du Journal des connaissances médico-chirurgicales (t. III, p. 19 et 20) d'en donner une idée plus complète. Bien que l'auteur en parlât tous les jours dans ses leçons à la Charité, rien de spécial n'avait cependant été dit à ce sujet avant l'article qui fut publié dans le tome XI (p. 59-62) de ce recueil. Témoins des faits que nous venons de rappeler, beaucoup d'élèves en ont fait le sujet de leur thèse ou de quelque proposition à soutenir devant la Faculté de médecine. On trouve aussi dans le Journal hebdomadaire (1836, t. I, p. 257) un mémoire sur cette méthode de traitement. Parmi les thèses de 1836, nous avons surtout distingué celle de M. Brixou; ce médecin envisage en effet la question sous plusieurs de ses faces principales, et rapporte en détail huit observations recueillies dans le service de M. Velpeau. En ajoutant à tout cela le mémoire de M. Jobert, ce qu'en a dit M. Bégin (Traité de méd. et de chir. prat., t. XV, p. 545) et les thèses de 1837, nous avons donc l'historique à peu près complet du procédé de M. Velpeau, et des matériaux assez nombreux, assez variés, pour juger ce procédé en connaissance de

cause. Maintenant nous allons décrire en quelques mots le procédé suivi par M. Velpeau; nous préciserons ainsi où en est aujourd'hui la question.

Ce procédé consiste à isoler les veines variqueuses, aussi exactement que possible, dans un repli de la peau; puis à passer au-dessous de ces veines une épingle qui traverse de part en part toute la couche tégumentaire. La veine ou les veines se trouvent ainsi emprisonnées entre le corps de l'épingle et la peau, mais ne sont nullement blessées. Un fil, fort et bien ciré, est immédiatement jeté sur les deux extrémités du corps étranger, comme pour une suture entortillée; on serre alors la veine sur l'épingle, en agissant absolument comme s'il s'agissait de la suture du bec de lièvre, si ce n'est qu'on doit exercer une constriction plus forte. Voici, du reste, comment M. Velpeau s'y prend pour le varicocèle.

De la main droite il saisit le cordon par en bas près du testicule, au moyen du pouce et des deux premiers doigts, pendant que les deux derniers soutiennent mollement le testicule; il cherche ainsi à reconnaître le présence du canal déférent, qui se montre à peu près toujours vers la partie postérieure du cordon, sous la forme d'une tige dure, élastique un peu aplatie, du volume d'une grosse plume de corbeau, dont la pression cause une douleur analogue à celle que détermine la pression du testicule.

Le canal déférent étant reconnu, on en éloigne les veines en les foulant graduellement en avant vers la peau, et en les rassemblant en une espèce de cordon qui reste placé au-devant des doigts, pendant que le canal déférent se trouve en arrière. Le pouce et le premier doigt de la main gauche viennent alors prendre la place de la main droite; un aide s'empare du testicule, et le tire légèrement en arrière. Le chirurgien saisit une épingle forte, en plonge la pointe dans du beurre, de l'huile ou du cérat, vient la présenter à la peau du scrotum, le plus près possible des doigts qui retiennent la veine en avant, et lui fait traverser brusquement toute l'épaisseur du pli cutané. Il lâche alors la veine, et embrasse les deux extrémités de l'épingle avec l'anse d'un fil, dont il donne aussitôt les deux extrémités à un aide; puis il recommence l'opération à un pouce plus haut, et, si le cordon est très-allongé, il place une troisième épingle à la même distance du côté de l'anneau. Les épingles jugées nécessaires étant ainsi posées, on étrangle sur elles la veine, comme nous l'avons dit en commençant; c'est-à-dire que le chirurgien prend les deux extrémités du fil, les porte et les croise en 8 de chiffre de chaque côté du cordon à étrangler, en exerçant une constriction telle que le calibre des veines en soit complétement et solidement effacé. Le même fil peut servir pour toutes les épingles; mais il est plus simple de le nouer sur chacune

d'elles, et de faire ainsi autant de sutures isolées qu'il doit y avoir de points de la veine étranglés.

M. Velpeau recommande de ne pas placer la première épingle à plus d'un pouce de l'extrémité inférieure du cordon; autrement on pourrait traverser, du même coup, la tunique vaginale, et faire naître, dans cette membrane, une inflammation susceptible de se terminer par suppuration; c'est un accident dont il a été une fois témoin.

Après cette opération, qui est à peine douloureuse, le malade pourrait, à la rigueur, marcher et continuer une partie de ses travaux; mais il est plus prudent de le tenir en repos et au lit. L'inflammation ne commence guère à se développer, autour de chaque suture, qu'à partir du troisième ou du quatrième jour. Les épingles peuvent être enlevées du septième au douzième, un peu plus tôt, un peu plus tard, selon que l'oblitération des veines paraît être plus ou moins avancée. Alors le scrotum est ordinairement le siége d'un gonflement et d'une inflammation assez considérable; quelquefois même une petite escharre se forme et se détache à l'endroit qu'occupaient les épingles; des cataplasmes ou des compresses émollientes sont les seuls topiques que ce travail pathologique exige. Bientôt la résolution de l'inflammation commence, les petites plaies se modifient et se cicatrisent; de manière qu'au bout de trois semaines ou d'un mois les malades peuvent reprendre leurs occupations ordinaires.

C'est un procédé d'une simplicité extrême, qui est à la portée de tout le monde; qui se réduit, en un mot, en une piqûre d'épingle; qui détermine, aussi bien que le procédé le plus compliqué, l'oblitération des veines ainsi étranglées, et qui n'est nullement dangereux.

M. Velpeau l'a déjà mis en pratique sur dix malades affectés de varicocèle, et sur plus de quarante qui portaient des varices aux jambes. Jusqu'à présent il n'a vu survenir aucun accident sérieux. La phlébite n'en a jamais été la suite; et il semble que cette méthode, agissant de l'extérieur de la veine vers son intérieur, ne l'expose pas, comme les méthodes qui consistent à diviser ou à traverser le vaisseau, à l'inflammation de sa tunique interne, à l'inflammation purulente surtout, la seule qui soit véritablement dangereuse. M. Velpeau en conclut que, la nécessité d'oblitérer les veines variqueuses étant admise, le procédé que nous venons de décrire est le plus simple, le plus facile et le moins dangereux de tous ceux qui ont été proposés jusqu'ici. Il est probable, au surplus, que nous aurons encore à revenir sur ce point intéressant de thérapeutique chirurgicale. HOUEL.

UN MOT SUR LES BONS EFFETS DES IRRIGATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE.

Nous avons les premiers mis en honneur les irrigations continues d'eau froide, en faisant connaître les bons effets de cette méthode thérapeutique observés dans divers services chirurgicaux des hôpitaux de la capitale. Cet excellent moyen d'arrêter l'inflammation ou de la maintenir dans des limites propres à la guérison a évité, depuis qu'il est mis en usage, de dangereuses opérations, et a conservé à plusieurs malades des membres que, sans son secours, on aurait été obligé d'amputer. Les irrigations d'eau froide constituent donc, dans un grand nombre de cas, une ressource thérapeutique précieuse. M. A. Bérard, chirurgien de l'hôpital Necker, qui est un des premiers à avoir employé à Paris cette méthode, continue à s'applaudir des résultats qu'il en obtient. M. Godin a publié dans les archives quelques observations recueillies dans le service de ce chirurgien. Il nous paraît utile d'appeler de nouveau l'attention des praticiens sur les irrigations d'eau froide, en analysant une de ces observations ainsi que les réflexions qui en découlent.

Une jeune femme de 22 ans, ouvrière dans une fabrique de poudre fulminante du Bas-Meudon, tenait une boîte en cuivre, contenant de la poudre, lorsque celle-ci fit explosion; la boîte fut projetée au loin. Apportée à l'hôpital Necker, cinq ou six heures après l'accident, ses mains sont trouvées dans un état affreux.

La main gauche est dilacérée dans une grande étendue; le pouce a été enlevé avec son métacarpien; l'indicateur ne tient plus que par quelques portions charnues. Il y a fracture du second métacarpien vers son tiers inférieur, et saillie en arrière du fragment supérieur. Les chairs, les tendons sont horriblement déchirés; tout est noirci par l'explosion. Le médius offre deux ou trois déchirures profondes sur sa face palmaire.

La paume de la main, dans sa partie interne qui seule existe encore, est déjà énormément tuméfiée; les deux derniers doigts, à part une brûlure superficielle, sont sains; à la face palmaire de la partie supérieure de l'avant-bras gauche est une plaie fortement contuse, large de deux pouces et demi. L'aponévrose est déchirée; les muscles font un peu hernie. Brûlure en divers points de ce membre.

La main droite est moins maltraitée; mais le pouce est fracturé en trois ou quatre endroits; l'articulation métacarpo-phalangienne est largement ouverte; l'espace intcrosseux déchiré, ainsi que l'articulation carpo-métacarpienne. Le premier métacarpien est fracturé.

L'index offre à sa face palmaire une large plaie; les deux autres doigts n'ont pas été atteints. Le cou et une partie de la face sont le siége d'une brûlure superficielle avec des taches noires dues à la présence de la poudre.

Tel était l'état de la malade. On retranche avec des ciseaux et le bistouri les lambeaux déchirés de la main gauche; on lie la radiale et une autre petite artère de la paume de cette main qui avaient été ouvertes; on enlève le pouce de la main droite et son métacarpien, ainsi que la deuxième partie du doigt médius qui n'était plus recouverte par les chairs, et après avoir pansé avec un linge enduit de cérat, et avoir soutenu les bras avec des paillassons recouverts d'alèses, on établit l'irrigation à l'aide de deux tubes. Le deuxième jour, il n'y a ni douleur ni réaction fébrile; le troisième jour, le gonflement de l'avant-bras ayant augmenté, on établit un troisième tube dont le filet d'eau est dirigé sur la plaie de la partie supérieure de l'avant-bras, tandis que les deux autres tubes, partant du même seau, conduisent l'eau sur les deux mains.

Le quatrième, le cinquième et le sixième jour de l'irrigation, la surface des plaies de la main gauche est le siége d'escharres superficielles. Il s'en exhale une odeur fétide, et sous l'eau qui recouvre ces escharres on voit se former de petites bulles d'air. On a de sérieuses inquiétudes pour la conservation du membre; mais bientôt ces parties mortifiées, extrêmement superficielles, sont détachées par la suppuration qui est établie des deux côtés; le gonflement tombe tout à fait. Jusqu'au dixième jour l'irrigation est continuée sans interruption notable. L'état de la malade est on ne peut plus satisfaisant; aucune réaction physique; point de chagrin. Dès le deuxième jour on donne un bouillon, puis successivement des aliments en quantité modérée.

Le onzième jour on suspend l'irrigation. Pansement à sec; linge troué enduit de cérat qu'on recouvre de charpie. Le membre est mis à gauche dans un appareil de Scultet (sans attelle ni paillassons). A droite, on maintient le pansement à l'aide d'une bande.

Pendant quinze jours ce pansement fut répété tous les matins. Chaque fois l'on enleva une quantité considérable de pus, et on lavait la plaie avec de l'eau aiguisée d'alcool camphré. Bientôt la suppuration diminua tout en conservant un caractère louable.

A mesure que la plaie marche vers la cicatrisation, la paume de la main se reforme en partie par le tiraillement de la peau du bord cubital vers le bord radial. Vers le trentième jour on put mettre des bandelettes de diachylon sur la plaie de l'avant-bras. Les plaies sont toujours fort douloureuses, en particulier celle du moignon du médius droit,

mais toutes se cicatrisent avec rapidité du vingtième au quarantième jour de l'accident. Dès ce moment la malade put être considérée comme guérie, quoiqu'elle restât encore à l'hôpital à cause d'un point fistuleux au bord extérieur de la main gauche.

On a fréquemment répété cette phrase d'Abernethy : « Une opération est le plus souvent la honte du chirurgien : son grand art consiste à empêcher qu'elle ne devienne nécessaire, et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême. » Toutefois il est peu de chirurgiens, même parmi ceux qui sont le plus convaincus de la vérité de ces préceptes, qui n'eussent cru devoir ici sacrifier le bras ou tout au moins l'avant-bras gauche, pour sauver la malade. On peut même dire que cette conduite eût été la seule raisonnable sans le secours de l'irrigation continue; il ne fallait d'ailleurs rien moins que la ferme conviction puisée par M. A. Bérard dans son expérience, pour oser conserver ce qui restait de la main, malgré les affreux désordres dont elle était le siége. Il ne survint point d'accidents. Les seules circonstances importantes à noter, sont : le gonflement qui fit des progrès à l'avant-bras gauche, jusqu'au moment où l'on fit arriver l'eau directement sur cette partie, à l'aide d'un troisième tube. Disons ici qu'en général, pour peu que la surface malade ait une certaine étendue, il vaut mieux multiplier le nombre des tubes que de faire couler une plus grande quantité d'eau par un seul canal. Dans ce dernier cas, en effet, l'eau refroidit bien les parties sur lesquelles elle tombe; mais en coulant sur les parties plus éloignées, elle a le temps de se réchauffer, et le résultat cherché est manqué.

La gangrène superficielle et les petites bulles d'air qui se dégageaient en grand nombre à la surface de la plaie sont aussi dignes de remarque. Cette dernière circonstance, tout-à-fait insolite, pouvait faire craindre une mortification profonde : l'absence d'autres accidents détourna de cette idée. Cette gangrène était nécessitée, pour ainsi dire, par la violence de la contusion, et n'influa en aucune manière sur l'affection.

La marche de cette énorme plaie, après qu'on eut cessé l'irrigation, ne fut peut-être pas moins étonnante. La suppuration, d'abord très-abondante, diminua bientôt, et la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation.

Le froid ne peut être d'aucune utilité pour avancer la cicatrisation des plaies; ainsi ce n'est pas dans ce but que l'emploie localement M. Bérard, dans l'irrigation continue. Toute plaie contuse doit suppurer; la suppuration ne s'établit pas sans qu'une réaction plus ou moins vive se manifeste; or, c'est à retenir cette réaction dans des

bornes modérées, à empêcher, dans certaines régions, l'extension de l'inflammation aux parties voisines, qu'est destiné le moyen thérapeutique dont il est ici question. La suppuration une fois bien établie, il devient inutile.

La chaleur uniforme, au contraire, a la plus grande influence sur la rapidité de la cicatrisation. C'est un fait bien prouvé par la pratique de M. Larrey dans l'expédition d'Égypte, et par l'expérience toute récente des chirurgiens militaires à Alger.

Indépendamment du danger qui accompagne presque constamment les amputations simples dans la continuité des doigts, l'on sait combien est grave l'incision des kystes ganglionnaires de la paume de la main, ou plutôt de la gaîne des fléchisseurs. Dans la plupart des cas où cette opération a été pratiquée, quand la mort n'en a pas été la suite, les blessés ont au moins éprouvé des accidents extrêmement graves, et ont failli en être les victimes. C'est pourquoi tous les praticiens rejettent cette opération dans l'immense majorité des cas. M. Bérard a déjà, dans son travail sur l'irrigation, publié un cas où il guérit, par l'excision d'une portion du kyste, un ganglion situé à la face antérieure du poignet. Aucun accident n'entrava la guérison. Ce fait doit engager à ne pas craindre de placer d'emblée plusieurs tubes, non-seulement dans les cas où la lésion est étendue, mais encore dans ceux où, bornée à une petite surface, elle peut, par ses rapports avec les parties voisines, devenir pour elle une cause d'inflammation dangereuse.

M. Bérard emploie toujours l'irrigation dans les plaies par arme à feu ou par arrachement des doigts, ainsi que dans les amputations de ces organes, comme il l'a fait encore avec succès il y a un mois. La disposition toute particulière des gaînes des fléchisseurs, qui permet si facilement le transport de l'inflammation à la main et à l'avant-bras; la gravité de cette inflammation qui, si elle n'entraîne pas la mort du sujet, laisse au moins une gêne pénible pour l'exercice des fonctions du membre, rendent ici la prudence indispensable, et justifient les préceptes établis par M. Bérard. Il vaut mieux employer l'irrigation pour un cas qui aurait guéri sans elle, que d'avoir à regretter de ne pas y avoir eu recours.

Ainsi, par exemple, au mois d'octobre dernier, un homme de cinquante à soixante ans entra à l'hôpital pour une plaie par écrasement qui lui était arrivée la veille. Il avait été pansé; deux doigts seulement étaient affectés; le malade ne souffrait pas. On ne crut pas devoir mettre en usage le courant d'eau froide. Le premier jour, il ne se manifesta aucun accident; mais bientôt, malgré un repos absolu, le doigt le plus malade se tuméfia; il se forma du pus qui fusa vers la main;

des abcès furent ouverts, et au bout de près de deux mois, quand le malade voulut sortir, il portait des ouvertures fistuleuses à la face palmaire du doigt et de la main, et les mouvements étaient fort gênés.

Presque à la même époque nous avions dans les salles un charretier âgé de trente et un ans, qui était entré pour un écrasement des trois derniers doigts de la main gauche; les ongles avaient été arrachés, l'articulation de la dernière phalange de l'annulaire avec la deuxième était largement ouverte. Le malade, soumis à l'irrigation, guérit sans aucun accident.

En ce moment encore est couché dans le service de M. Bérard un enfant de quinze ans, qui, ayant eu la main prise dans une roue d'engrenage, eut, outre plusieurs plaies profondes et des fractures des phalanges, la moitié inférieure de la dernière phalange des deux doigts en grande partie enlevée. J'étais de garde; je dus enlever avec des ciseaux les parties qui pendaient, et je soumis le membre à un courant d'eau froide. M. Bérard le fit continuer pendant dix jours. La suppuration s'établit sans aucun accident, et le malade est en voie de guérison. Ces deux derniers cas étaient bien autrement graves que le premier, et cependant leur marche a été toute différente. De tels faits n'ont pas besoin de longs commentaires.

Quant à cette objection présentée par quelques praticiens, que parfois pendant l'emploi de l'irrigation il survient dans la profondeur des parties des abcès qu'aucun phénomène de réaction ne fait soupçonner, on peut répondre, 1° que ces abcès sont fort rares; 2° que, dans les cas où on les a vus se former, il est probable qu'on ne doit pas les attribuer à l'irrigation, mais bien plutôt aux lésions antérieures qui, sans ce moyen thérapeutique, eussent déterminé des accidents bien autrement formidables.

CHIMIE ET PHARMACIE.

EMPLOI D'UN NOUVEAU MÉDICAMENT A LA PLACE DES EAUX DISTILLÉES DE LAURIER-CERISE OU D'AMANDES AMÈRES, PROPOSÉ PAR F. WOEHLER ET J. LIÉBIG (1).

Les eaux distillées d'amandes amères et de feuilles de laurier-cerise sont regardées aujourd'hui comme des médicaments très-importants.

(1) Annales de Chimie et Journal de pharmacie.

Celle-ci s'obtient avec facilité par la distillation à feu nu, tandis que, si l'on applique ce même procédé à la préparation de l'eau d'amandes amères, l'opération est très-difficile à conduire, et la nature des produits varie aux diverses époques de sa durée. On recueille, au contraire, une eau distillée tout à fait semblable à celle que fournissent les feuilles de laurier-cerise, lorsque l'on fait arriver dans un alambic de l'eau en vapeur sur le son humide des amandes amères.

Les différences que les médecins ont observées entre ces deux eaux, et qui leur font, en général, préférer celle du laurier-cerise, comme plus constante dans ses effets, dépendent uniquement de la manière dont elles ont été préparées; et c'est une erreur de croire que les principes actifs qu'elles tiennent en dissolution ne sont pas identiques. En effet, si l'on fait agir le chlore sur deux solutions aqueuses saturées d'huile d'amandes amères ou de laurier-cerise, on obtient dans les deux liqueurs de l'acide benzoïque accompagné des produits qui résultent de l'action du chlore sur le cyanogène ou l'acide hydrocyanique. Quand on évapore les deux solutions avec un excès d'acide hydrochlorique, il se forme de l'acide amandique et du chlorure d'ammonium. Décomposées par la potasse, elles donnent l'une et l'autre les mêmes quantités de benzoïne et de cyanure de potassium. En un mot, elles se comportent exactement de la même manière dans toutes les circonstances, quelles que soient les matières avec lesquelles on les met en rapport. Mais, s'il est incontestable que ces eaux distillées sont identiques dans leur composition, n'est-il pas présumable que les proportions des principes efficaces varient avec les saisons dans les feuilles de laurier-cerise; et d'ailleurs ne sait-on pas avec certitude que l'on trouve souvent des amandes douces ou des amandes de pêchers en quantité considérable parmi les amandes amères, depuis que l'huile volatile de ces dernières est devenue un article de parfumerie. Il résulte évidemment de cette observation que l'eau d'amandes amères doit avoir des propriétés très-différentes, suivant l'époque et le lieu où elle a été préparée, et cette seule circonstance devrait suffire pour la faire abandonner comme médicament. Mais il est encore d'autres considérations non moins puissantes, d'où il résulte que les médecins ne peuvent en aucune manière trouver une efficacité constante, ni dans l'eau d'amandes amères, ni même dans celle de laurier-cerise. L'expérience a déjà démontré que la quantité de cyanogène ou d'acide hydrocyanique décroît dans ces eaux à mesure qu'elles deviennent plus vieilles, et que cette altération se produit tant dans des vases hermétiquement fermés que dans des vases qui se trouvent de temps à autre en contact avec l'air. Geiger, par exemple, a recueilli seize grains un dixième de cyanure d'argent en précipitant trois onces d'eau d'amandes

amères récente, tandis qu'au bout de trois semaines la même quantité de la même eau ne lui en a plus donné que quatorze grains trois quarts. MM. Wœhler et Liébig ont obtenu des résultats analogues. Or, s'il est vrai que l'huile volatile contribue pour sa part à l'efficacité de ces eaux, il ne l'est pas moins que l'acide hydrocyanique qu'elles renferment doit être aussi d'une grande importance sous ce rapport, et que les variations que le temps apporte dans les proportions de cet agent énergique doivent diminuer la confiance des médecins dans le médicament dont il fait partie essentielle.

Quoi qu'il en soit, MM. Wœhler et Liébig ont fait voir que l'*amygdaline*, mise en contact avec l'émulsine, se décompose instantanément en acide hydrocyanique et en huile d'amandes amères, lorsque la quantité d'eau employée suffit pour dissoudre l'huile d'amandes amères qui se forme. Les mêmes chimistes ont reconnu en outre qu'une partie d'huile volatile d'amandes amères contenant de l'acide hydrocyanique se dissout dans soixante à soixante-cinq parties d'eau, et que dix-sept grains d'*amygdaline*, mis en contact avec l'émulsine, fournissent un grain d'acide hydrocyanique anhydre, et environ huit grains d'huile volatile d'amandes amères. Il résulte d'ailleurs des expériences de Geiger que deux livres d'amandes amères fournissent deux livres d'eau distillée, tenant en dissolution 33,4 grains d'acide hydrocyanique, qui correspondent à 567 grains d'amygdaline dans les amandes amères, et à 267 grains d'huile volatile (1).

Si donc on dissout 567 grains d'amygdaline dans une quantité d'émulsion d'amandes douces, telle que le poids total des deux donne 22 onces, on obtient un liquide absolument de la même force en acide hydrocyanique et en huile volatile d'amandes amères que l'*aqua amygdalarum amararum* de la pharmacopée prussienne. « Nous avons la » conviction, ajoutent MM. Wœhler et Liébig, que sous cette forme » ce médicament peut s'obtenir partout de la même efficacité et de la » même qualité. » Les médecins que nous invitons à faire des expériences comparatives sur ce sujet important pourront obtenir ainsi une action constante.

D'ailleurs l'émulsion d'amandes étant prompte à s'altérer, il conviendra de ne préparer ce nouveau médicament qu'au fur et à mesure du besoin, en suivant la formule suivante :

Amandes douces. . . . . 2 gros.
Faites une émulsion de. . . . . 1 once.

(1) Deux livres d'amandes amères ont fourni dans une opération quatre cent quatre-vingts grains d'amygdaline, et dans une autre six cents grains, environ.

Avec eau . . . . q. s. et sucre. . . . q. s.

Dissolvez dans cette colature.

Amygdaline . . . . 17 grains.

En comparant la proportion d'acide prussique contenu dans l'eau d'amandes amères ou de laurier-cerise récemment préparée, avec celle de l'acide prussique ordinaire des pharmaciens, on reconnaît de suite la cause de l'effet infiniment plus énergique de la première.

Dans une once des deux eaux fraîchement préparées, il se trouve un peu plus d'un grain d'acide prussique anhydre, et aucun médecin n'hésite à donner une pareille dose aux malades. D'un autre côté, l'acide prussique de la pharmacopée prussienne ne contient par once que tout au plus deux grains d'acide prussique anhydre, et tous les médecins balancent à prescrire dans une potion plus de dix-huit à vingt grains de cet acide, tandis qu'ils sont habitués à en faire prendre sans inconvénient dix à douze fois autant dans l'eau de laurier-cerise ou d'amandes amères.

NOTE SUR UN SIROP D'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Abandonnant les questions souvent oiseuses de théorie, pour ne se fier qu'aux résultats pratiques, depuis déjà plusieurs années les médecins ont tourné leur attention vers la thérapeutique, et cherchent dans les moyens puissants que cette partie de la science met à leur disposition, le soulagement de leurs malades. La promptitude avec laquelle les nouveaux médicaments sont essayés, bien que malheureusement l'expérience ne vienne pas toujours confirmer les résultats annoncés, ne laisse aucun doute à cet égard.

Parmi les médicaments tirés de l'état de désuétude dans lequel, à tort ou à raison, ils étaient tombés, l'huile de foie de morue, sur laquelle M. le docteur Caron-du-Villards a appelé l'attention des médecins, est un de ceux qui paraissent avoir résisté au creuset de l'expérience, et devoir être désormais employés.'

La saveur désagréable et nauséabonde de cette huile ne pouvant être supportée par beaucoup de malades, malgré les précautions conseillées par M. le docteur Caron-du-Villards, pour en faciliter l'emploi, quelques médecins ont pensé qu'il serait peut-être plus facile de l'administrer sous la forme d'un sirop, et plusieurs fois déjà nous avons eu occasion d'en préparer.

Mais, comme dans aucun ouvrage de médecine ou de pharmacie il ne se trouve de formule pour ce sirop, et que des doses et des procédés différents peuvent être employés, et faire varier ainsi ses propriétés

physiques et médicamenteuses, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile, dans un recueil qui, comme celui-ci, a acquis, par sa spécialité, un caractère semi-officiel, de publier une formule pour préparer à l'avenir ce médicament : voici celle que nous avons suivie, et que nous croyons pouvoir être généralement adoptée, puisque le sirop que nous avons obtenu se conserve, sans altération, pendant un assez long espace de temps, et que la quantité d'huile qu'il représente est assez forte pour que quelques cuillerées à bouche suffisent généralement.

Huille de foie de morue.	huit onces.
Gomme arabique pulvérisée.	cinq onces.
Eau	douze onces.
Sirop de sucre.	quatre onces.
Sucre.	vingt-quatre onces.

Faites, selon l'art, avec le sirop de sucre, la gomme arabique, l'huile et l'eau, une émulsion, dans laquelle vous ferez dissoudre le sucre à une douce chaleur; passez et aromatisez avec eau de fleur d'oranger deux onces. G. Duclou.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DES BONS EFFETS DE LA FUMÉE DE DATURA STRAMONIUM DANS L'ASTHME.

Ayant lu et médité votre excellent article sur l'emploi des feuilles sèches du datura stramonium en fumée dans le traitement de l'asthme nerveux et idiopathique, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de le prescrire dans ma pratique, et les résultats en quelque sorte merveilleux que j'en ai obtenus m'engagent à venir les porter à votre connaissance. Voici deux observations qui peuvent faire suite à celles insérées dernièrement dans votre journal, et communiquées par M. Chanel, docteur-médecin à Barbentane (Bouches-du-Rhône).

Obs. I. M. R....*, secrétaire de l'intendant militaire d'Aurillac, âgé de cinquante et un ans, est affecté, depuis longues années, d'un asthme nerveux idiopathique, contre lequel ont été dirigés, sans aucun succès, une foule de remèdes. Ayant entendu parler des bons effets du datura, il eut envie de lire l'article de votre journal qui recommande ce moyen. La dyspnée et l'oppression étaient si fortes chez ce malade, qu'il ne pouvait garder la position horizontale, et était obligé, pour respirer, de s'accrocher aux meubles de sa chambre. D'un tempérament sec, ner-

veux et très-impressionnable, la moindre émotion morale le disposait à la dyspnée et menace de suffocation. L'usage du datura fut donc prescrit et employé pendant un mois à peu près, mais avec un succès tel que tous les symptômes de l'asthme nerveux ont complétement disparu. C'est surtout dans un voyage à Toulouse qu'il fut obligé de faire, il y a quatre mois environ, voyage qui, par les circonstances qui s'y rattachaient, attaqua profondément son moral, que M. R....* reconnut surtout la prompte et merveilleuse efficacité du stramonium. Voici comment. Arrivé à Villefranche, M. R....* éprouva, à l'hôtel où il était descendu, une forte crise d'asthme qui dura une partie de la nuit. A cinq heures du matin, il fuma une forte pipe de datura, et une demi-heure après, il était complétement soulagé et débarrassé de sa crise. A huit heures il partit de Villefranche; mais, comme la diligence avait pris les devants, il monta à pied et presque en courant une côte, d'une lieue environ, étant très-couvert et transpirant beaucoup; il atteignit enfin la diligence au sommet de la côte, et ne ressentit pas la moindre oppression, la moindre quinte de toux. Assurément cette longue et pénible course, la transpiration abondante qu'elle détermina, auraient fait éprouver autrefois au malade des quintes de toux suffocantes et peut-être des symptômes graves et dangereux. Eh bien! la pipe qu'il avait fumée trois heures auparavant neutralisa en quelque sorte les mauvaises suites qu'aurait pu avoir cette *course forcée* qu'il ne croyait pas pouvoir terminer sans quelque danger. Bien évidemment le malade dut à cette bienheureuse pipe de datura l'avantage de faire cette longue et pénible marche sans crise d'asthme, lui qui ne pouvait autrefois se bouger, ni faire le moindre exercice sans éprouver des secousses et des quintes de toux qui le faisaient souvent tomber en pâmoison, et revêtaient tous les caractères de la *toux croupale*.

Vous faites la recommandation, à la fin de votre article, Monsieur le rédacteur, de ne prescrire le datura stramonium en fumée qu'après s'être assuré qu'il n'existe aucune phlogose des *organes pulmonaires*. J'ai encore eu occasion, dans la plupart des cas, de reconnaître la sage et judicieuse vérité de cet avis; plusieurs personnes, affectées de catarrhe, de bronchite, etc., qui ont voulu employer le datura, s'en sont très-mal trouvées, et chez une d'elles il est survenu une congestion cérébrale que ni les saignées, ni les sangsues, ni les réfrigérants n'ont pu maîtriser. Cependant je dois vous dire que chez un de ces malades, affecté d'une bronchite chronique, accompagnée d'expectoration sanguinolente, etc., les cigares de tabac, trempés dans une décoction de feuilles de datura et de guimauve, n'ont produit aucun mauvais effet, et ont, au contraire, amené une amélioration notable dans les quintes de toux.

Si ces observations, prises parmi une foule d'autres, sont jugées dignes d'être mentionnées dans votre estimable recueil, veuillez, Monsieur le rédacteur, leur réserver une petite place. Je m'estimerais heureux si elles viennent corroborer la bonne opinion que mérite à si juste titre le nouvel agent thérapeutique que vous avez naguère signalé à l'attention des praticiens et des observateurs. A. Mirande, D.-M.

à Aurillac (Cantal).

INCIDENT REMARQUABLE DANS UN CAS DE LITHOTOMIE POUR UNE PIERRE TRÈS-VOLUMINEUSE.

Je ne puis résister au désir de vous faire connaître le résultat heureux d'une opération que je viens de pratiquer sur un homme de ces environs : elle est curieuse sous bien des rapports, et fournira, je l'espère, quelques enseignements utiles au praticien qui se trouverait dans le même cas que moi. Voici le fait ; je vais être aussi court que possible.

Minvielle de Carresse, canton de Salis, âgé de quarante-sept ans, ressentait depuis vingt-deux ans des douleurs plus ou moins fortes dans la région de la vessie. Ces douleurs allaient toujours croissant et étaient intolérables au moment où le pauvre patient vint me consulter. Il se trouvait dans l'état le plus alarmant ; tous les symptômes qui annoncent un calcul dans la vessie étaient portés au plus haut degré. Privé de sommeil depuis longs jours, ne pouvant plus introduire dans son estomac le moindre aliment, il se trouvait réduit à un marasme effrayant. Rien de plus facile, d'après son rapport, que de reconnaître la présence d'un gros calcul dans le sac vésical. Je voulus sonder le malade, et mes tentatives, quoique assez longues, furent infructueuses. J'arrivai facilement jusqu'au col ; mais il y avait une telle constriction, qu'il me fut impossible de le franchir. Je fis mettre le malade deux fois le jour dans un bain, il prit une potion calmante le soir ; ces moyens produisirent un tel relâchement, que, deux jours après, j'entrai dans la vessie avec la plus grande facilité. J'eus alors le signe physique du calcul.

La présence de la pierre reconnue, à quel procédé donner la préférence ? pour la lithotritie, je la crus impossible ; car, en sondant le malade, je m'étais aperçu que le calcul était trop gros pour pouvoir être saisi par le brise-pierre. La sonde pouvait à peine entrer dans la vessie, et lorsque avec son bout j'essayais de remuer le calcul, il me paraissait immobile. J'étais loin cependant de me faire une idée de sa grosseur énorme. Je me décidai pour la taille latéralisée ; le jour fut fixé ; j'appelai quatre de mes confrères et l'opération s'exécuta.

Je suivis, pour le cathéter, l'incision et le lithotome, les règles pres-

crites par les auteurs. Comme la vessie n'avait pas pu être ouverte assez largement, je complétai l'ouverture avec le doigt. C'est alors que je reconnus la grosseur de la pierre; je vis qu'elle remplissait toute la capacité vésicale, et que son extraction serait des plus difficiles. Je prends immédiatement mes tenettes, et, les conduisant avec mon doigt indicateur, je fais de vains efforts pour les glisser entre la pierre et les parois de la vessie. Je sépare les branches pour les introduire l'une après l'autre, et m'en servir comme d'un forceps; lorsque j'avais placé l'une, impossible d'introduire l'autre. Je fis d'autres tentatives, mais toutes furent inutiles. Voyant que tous mes efforts étaient sans aucun résultat, et que je faisais souffrir horriblement le malade, je l'abandonnai et le fis reporter dans son lit.

D'autres opérateurs, à ma place, auraient à l'instant enfoncé hardiment un bistouri dans le bas-ventre, fendu la vessie, et extrait la pierre. Il aurait été beau sans doute de sortir de l'arène vainqueur; mais les jours du malade m'étaient trop chers, j'aurais cru les compromettre, et voici les motifs de ma conduite. D'un côté, le malade, bien qu'il n'eût presque pas perdu de sang, se trouvait dans un grand état de faiblesse. Si j'eusse fait la taille sus-pubienne, il était à craindre qu'il ne me restât entre les mains. De l'autre, la plaie et la vessie ayant été fortement irritées par mes manœuvres, j'avais à redouter une grande inflammation. C'est surtout la vessie qui m'inspirait de sérieuses craintes. Sa membrane muqueuse, étant depuis longtemps en contact avec le calcul, devait être nécessairement le siége d'une irritation plus ou moins longue, d'une espèce d'inflammation chronique, les autres tissus de l'organe ne pouvaient que participer à cet état pathologique, et une inflammation aiguë, entée sur une inflammation chronique, devait, sans aucun doute, envahir les parois de ce sac, de là la péritoine, et causer la mort du sujet. Je crus qu'il valait mieux, avant de tenter la seconde opération, combattre les accidents inflammatoires, en triompher, et attendre ensuite le moment favorable pour la terminer. J'avais lieu de me décourager, cependant je conservais un reste d'espoir, et la sortie de la pierre par le trou pratiqué ne me paraissait pas impossible. En effet, en touchant le calcul dans une assez grande étendue, je le trouvai assez lisse, nullement anguleux, ne présentant absolument rien qui pût l'empêcher de tomber par son propre poids, de franchir l'ouverture vésicale, et se présenter au dehors. Je communiquai ces idées à mes collègues, et elles furent approuvées. Je dois le confesser, je n'aurais jamais assumé sur moi la responsabilité de cette terrible opération, si je n'avais beaucoup compté sur les heureux effets des affusions d'eau froide : elles devaient, ce me semblait, s'opposer au développement de l'inflammation, et soustraire

le malade à de grands dangers. Aussi, sur le moment même, un courant d'eau froide fut-il dirigé sur les parties opérées, et je ne vis, à ma grande satisfaction, ni inflammation locale, ni l'ombre de réaction fébrile.

Cinq jours après, désirant connaître l'état des parties et la position du calcul, je trouve qu'il avait quitté la vessie et qu'il se montrait à l'extérieur. J'agrandis la plaie dans l'étendue de deux lignes, et je présente au malade un calcul énorme, oblong, compact comme du marbre. Moulé dans l'intérieur de la vessie, il en conserve la forme : il pèse *six onces*. Un mois s'est écoulé depuis l'opération, et rien n'a entravé la marche de la cicatrisation. La plaie est presque fermée, et les quatre cinquièmes de l'urine sortent déjà par l'urètre. Tout m'annonce que dans peu de jours le malade sera complétement guéri, et qu'il ne tardera pas à reprendre ses occupations.

S'il m'était permis, je déduirais de ce simple fait deux conséquences qui me paraîtraient assez naturelles. La première, c'est que, dans des *cas semblables*, on s'est, je crois, beaucoup trop pressé de recourir à la taille hypogastrique. Que me serait-il arrivé, si j'avais ouvert la vessie par les deux bouts coup sur coup? Rapetissée, racornie et malade comme elle l'était, l'inflammation de tout son corps était immanquable. Ensuite, ne pouvant pas la distendre par un liquide quelconque, comment faire l'incision dans l'endroit d'élection? Aurait-il été facile d'éviter le péritoine? Avouons-le, beaucoup d'insuccès tiennent à la précipitation, et à l'empressement des chirurgiens; qu'on attende, qu'on ne se presse pas autant, et l'on verra que le nombre des désastres diminuera de beaucoup. Que se passe-t-il dans les cas pareils à celui que je viens de citer? Dès que la vessie se trouve ouverte par son col et dans son bas-fond, le calcul pèse de son propre poids sur l'ouverture pratiquée, il se produit une espèce de ténesme, de resserrement dans ses parois, tous les muscles qui servent à la défécation et à l'expulsion des urines sont mis en jeu, ils se contractent et chassent la pierre au-dehors : la vessie elle-même participe à cette action, et il se produit un véritable accouchement. C'est l'explication la plus plausible qu'on puisse donner d'un fait aussi remarquable.

ALAMAN, D.-M.
à Labastide-Villefranche (Aude).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du vésicatoire sur la tête. — Le vésicatoire sur la tête est une médication énergique qui n'est point assez usitée. Employée dans les

circonstances convenables, elle offre au médecin une de ces ressources rares en thérapeutique, et que nulle autre ne peut remplacer ; c'est de ce moyen que l'on peut dire avec raison qu'il rappelle de la mort à la vie. Un fait actuellement existant dans les salles de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, nous remet en mémoire tous ceux de même nature que nous avons eu l'occasion d'observer, et nous nous faisons un devoir d'appeler d'une manière spéciale l'attention de nos confrères sur ce sujet.

Une femme d'une cinquantaine d'années est couchée à la Charité, au n. 18 de la salle Sainte-Catherine. Cette femme a été apportée dans un état comateux profond, sans connaissance, presque sans pouls ; elle présentait des convulsions épileptiformes, une paralysie du bras gauche, et un gonflement des teguments du crâne : la mort était tout à fait imminente. L'on apprend que deux jours auparavant cette malade était tombée à la renverse du haut d'un escalier ; que sa tête avait rudement porté ; qu'elle avait été relevée sans connaissance, et qu'elle était restée plusieurs heures dans cet état ; enfin qu'elle n'avait reçu aucun secours médical. C'est dans ces circonstances que M. Velpeau fait couper les cheveux, raser la tête, et appliquer sur toute la surface du cuir chevelu une calotte de vésicatoire.

Six heures après cette application, la vie semble se ranimer ; le pouls se relève, la respiration devient moins stertoreuse, et avant la fin de la journée la ma ade avait rouvert les yeux et avait donné des signes indubitables du retour de son intelligence. Ce matin elle nous a parlé, elle a accusé de la soif, et s'est assise un instant, d'elle-même, sur son lit. Ses convulsions ont cessé, et l'on peut espérer qu'elle guérira. Il va sans dire que la paralysie du bras gauche persiste toujours.

Ce qui s'est passé chez cette malade, nous l'avons vu arriver d'une manière aussi heureuse toutes les fois que le vésicatoire a été appliqué dans les mêmes circonstances ; et c'est aujourd'hui pour moi un point de pratique établi que, toutes les fois qu'à la suite d'une chute ou de convulsions il survient un état comateux profond et prolongé qui indique un état de compression du cerveau, lequel état résiste aux saignées et aux dérivatifs ordinaires, le meilleur moyen, peut-être le seul pour arracher le malade à la mort, consiste dans le large vésicatoire sur le cuir chevelu.

Je me souviendrai toujours du premier exemple que j'ai vu de l'efficacité de ce traitement ; c'était au commencement de mes études médicales ; une petite fille de douze ans, poursuivant un oiseau, s'appuya de tout son corps sur l'accoudoir vermoulu d'une fenêtre d'un premier étage ; celui-ci s'étant rompu, elle tomba la tête la première sur le pavé d'une cour. Cette enfant fut relevée sans connaissance, on la crut morte. Mon père, dont le talent et le mérite sont si justement appréciés par ceux auxquels, dans sa longue et honorable carrière médicale, il a prodigué les secours de son art, fut appelé auprès d'elle. Ce fut en vain qu'il ouvrit la veine, le sang ne coula point. Une forte application de sangsues fut faite aux deux côtés du cou, des sinapismes furent mis aux jambes, et l'on pratiqua des applications réfrigérantes sur la tête. Malgré ces moyens, au bout de vingt-quatre heures la petite malade était dans le même état d'insensibilité ; elle n'avait pas repris connais-

sance un seul instant. C'est alors qu'après avoir fait raser la tête, j'y appliquai, par les ordres de mon père, une calotte de vésicatoire. J'attendis son effet avec anxiété. Dès que la cloche se fut formée, la petite malade rouvrit les yeux, articula quelques cris, plus tard quelques paroles. A partir de ce moment la raison revint, et en quinze jours de traitement, varié suivant les indications, la malade était rétablie.

Huit ou neuf ans plustard, nous eûmes, mon père et moi, une nouvelle et mémorable occasion de nous servir du vésicatoire sur la tête; ce fut sur un membre chéri de notre famille. Une jeune dame de dix-neuf ans, enceinte pour la première fois, arrivée au huitième mois de la grossesse, fut prise de convulsions qui prirent rapidement le caractère le plus grave; elles duraient depuis une heure lorsque nous arrivâmes. La face était verdâtre et comme cadavéreuse, la langue était serrée entre les dents, les yeux fixes et immobiles, le pouls imperceptible, le ventre était tombé. Une secousse convulsive des membres agitant en même temps tous les muscles de la face, s'observait de demi-minute en demi-minute. Il était évident que, encore quelques convulsions, et la malade avait cessé de vivre; il fallait les arrêter à tout prix. Je fis apporter une baignoire vide, on y plaça la malade, et je pratiquai sur sa tête des affusions d'eau froide à douze degrés environ. Ces affusions furent continuées pendant quatre minutes seulement; dès les premières les convulsions augmentèrent, et nous crûmes que la malade allait expirer, mais bientôt elles diminuèrent de fréquence et cessèrent. A la sortie du bain le corps était froid et dans un état de résolution complète. On la plaça dans un lit chaud; il était midi. Le lendemain au soir, c'est-à-dire trente heures après, notre malade n'avait donné aucun signe extérieur de vie; le maintien de celle-ci ne nous était attesté que par le pouls qui s'était un peu relevé et par la chaleur; car il n'y avait pas eu un mouvement, le corps était dans la même position qu'on lui avait donné la veille. L'insensibilité était telle que, dans la nuit qui avait suivi les convulsions, elle avait accouché sans le sentir d'un enfant mort, bien conformé et de huit mois; et c'était un premier accouchement! Mon père et moi prîmes alors un parti décisif. Les beaux cheveux de la malade tombèrent sous les ciseaux, toute la partie supérieure de la tête fut rasée, un vésicatoire grand comme les deux mains y fut po é. C'était le soir; le lendemain matin la malade avait recouvré sa vie de relation, ses yeux étaient ouverts, sa parole, quoique faible, intelligible. Rien n'entrava ensuite cette guérison, que nous dumes à l'emploi des deux moyens rigoureux que nous avons mentionnés, les affusions et le vésicatoire sur la tête.

Les faits que nous venous de rapporter feront comprendre aux médecins les circonstances dans lesquelles le vésicatoire sur la tête nous paraît indiqué. Dans les cas de coma, de stupeur profonde, de collapsus général, occasionnés par une congestion ou une commotion cérébrales, quels que soient d'ailleurs l'état des téguments, l'on peut, l'on doit même tenter ce moyen dans l'insuffisauce de tous ceux qu'on a employés. La mort est imminente; l'on doit lutter jusqu'au bout; les observations que nous venons de rapporter sont une preuve que, même dans ces cas extrêmes, le médecin ne doit pas se tenir pour battu.

Est-il d'autres états pathologiques dans lesquels on puisse recourir avec avantage au vésicatoire sur la tête? Je pense que oui. M. Velpeau dit l'avoir employé dans la méningite commençante. J'avoue qu'il me faudrait des faits nombreux pour oser ordonner cette médication au début de cette maladie. Mais dans la période avancée des convulsions chez les enfants, ce moyen est appelé à être très-utile ; l'on doit l'appeler à son aide lorsque la mort est imminente et que l'on a épuisé toutes les ressources usitées en pareille occurrence, c'est-à-dire après avoir préalablement appliqué des sangsues au cou, dérivé énergiquement sur les membres inférieurs et sur le canal intestinal pratiqué des affusions froides sur la tête comme dans l'observation que nous avons rapportée.

Dans tous les cas qui précèdent, le vésicatoire produit dans les vingt-quatre heures l'effet désiré, et il est inutile de l'entretenir au-delà de deux ou trois jours. Mais il n'en est pas de même dans une affection chronique de la tête, pour laquelle je recommande également ce moyen ; je veux parler de l'hydrocéphale chronique; ici, il faut exciter la plaie et la faire suppurer pendant deux, trois, quatre mois. J'ai traité de cette manière un enfant hydrocéphale de deux ans et deux mois, dont les fontanelles n'étaient pas plus fermées qu'au moment de sa naissance; cet enfant commençait à avoir quelques mouvements convulsifs. Grâce à un vésicatoire établi sur toute la tête et entretenu pendant trois mois, les symptômes de compression ont disparu, le malade a pris un peu plus de nourriture et a recouvré un peu de force. Cet enfant, qui avait été considéré comme devant périr prochainement par plusieurs médecins, n'a dû, je n'en doute pas, l'existence qu'à l'action du vésicatoire qui a fait résorber une grande partie de la sérosité contenue dans les ventricules. Néanmoins son développement a été très-lent; à quatre ans il ne marchait pas encore : ses membres étaient grêles. Aujourd'hui, il a près de huit ans, il est gai, bien portant et assez fort; mais ce n'est que depuis quelques mois qu'il commence à articuler des paroles intelligibles. Jusque-là, quoique ayant la connaissance de toutes choses et même de la finesse, il ne traduisait ses pensées que par des mots à lui, n'ayant de sens que pour les personnes de sa famille.

Je désire que ces faits, qui seront à peu près nouveaux pour quelques-uns de nos lecteurs, puissent leur servir dans leur pratique.

M.

Hydrocèle. — Nous avons mentionné les expériences concluantes faites par M. Velpeau pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle au moyen de l'injection dans la tunique vaginale de la teinture d'iode. Ce chirurgien a adopté définitivement cette méthode. Aujourd'hui il tente une modification à ce procédé; cette modification consiste dans la réinjection de la sérosité extraite par la ponction, à laquelle on a ajouté préalablement la quantité voulue de teinture d'iode. Un vieillard, couché au n. 47 de la salle Sainte-Vierge, a été guéri, il y a quinze jours, d'une hydrocèle volumineuse par ce moyen.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DE LA CIGUE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SCROFULEUSES.

L'emploi médicinal de la ciguë est d'une date extrêmement reculée. Hippocrate en parle déjà d'une manière expresse ; Arétée y a eu recours aussi. Après ce grand maître, on en a fait usage très-anciennement dans certaines névralgies. Les médecins du dernier siècle en ont étendu les applications à beaucoup d'autres maladies : c'est ainsi qu'on s'en est servi contre une foule d'affections convulsives telles que la coqueluche et quelques toux rebelles, contre des engorgments suspects et même contre des affections cancéreuses bien dessinées. On se rappelle tout le parti que Storck a su tirer de l'extrait de cette plante dans ces deux dernières maladies. Enfin on a employé la même substance dans les cas de scrofules et dans les maladies de cette classe, compliquées d'un vice vénérien. Fotergill, Bergius, Hunter, Cullen, Swediaur et plusieurs autres l'ont recommandée dans ces deux cas. Nous n'avons pas le dessein de passer en revue toutes les espèces de maladies où l'on peut se trouver bien de l'administration de cette plante. Nous ne parlerons dans cet article que de ses avantages contre les scrofules seulement. Un médecin distingué, M. le docteur Baudeloque, en obtient sous nos yeux des effets très-remarquables, à l'hôpital des enfants, chez les jeunes sujets atteints de ce vice : nous allons exposer, en aussi peu de mots que possible, dans quelles conditions il l'administre, comment il la fait prendre et les résultats principaux qu'il a observés.

La ciguë employée par M. Baudeloque est la grande ciguë, la ciguë médicinale, le *conium maculatum*. Elle est prise tantôt à l'intérieur, tantôt en applications extérieures, plus souvent à l'intérieur et à l'extérieur à la fois. Aucun autre remède ne vient gêner l'action de cette plante, excepté seulement un purgatif particulier dont nous parlerons bientôt. On la prescrit dans toutes les circonstances de l'affection scrofuleuse, dans les gonflements des parties molles ou dures, dans les ulcères, dans les caries, mais surtout dans les engorgements. Parmi les diverses préparations de cette plante, les plus usitées sont la poudre, le suc dont Storck a tant parlé, et les divers extraits. Le médecin de l'hôpital des Enfants, que nous avons nommé, emploie la ciguë depuis deux ans ; il a successivement essayé les vertus et l'activité des préparations principales de cette substance, et il a constaté notamment que la poudre et le suc sont

infidèles et incommodes, surtout la poudre, par la grande quantité de matière inerte qui enveloppe le principe actif. Il s'est borné, en dernier lieu, à l'usage de l'extrait alcoolique préparé avec de l'alcool à 22°. Cette préparation est administrée en pilules, et son usage est secondé avec soin, comme nous l'avons déjà annoncé, par les applications extérieures de la ciguë fraîche pilée.

Sous l'influence de ce remède, certaines affections scrofuleuses qui avaient résisté à l'iode, à la baryte, et à d'autres substances aussi énergiques, ont été guéries en quelques mois; des affections de la même classe, dans lesquelles on n'a eu recours qu'à la ciguë, ont été guéries et sont guéries tous les jours avec un égal bonheur. Est-ce à dire que la ciguë contre les scrofules doive être réputée un remède infaillible? Non sans doute. La ciguë, comme les remèdes les plus efficaces, manque quelquefois son but, et, pour notre part, nous suspectons les rapports de ceux qui nous vantent leurs préparations favorites en alléguant qu'elles guérissent toujours. Il n'y a point en médecine de médication absolue; il n'y a pas et il ne peut y avoir que des moyens plus ou moins bons. Eh bien! si nous en croyons les observations authentiques dont tout le monde peut prendre connaissance à l'hôpital des Enfants, la ciguë, employée sous les formes et avec les précautions particulières que nous indiquerons tout à l'heure, mérite à bon droit l'éloge que nous en faisons.

Il faut prendre garde que la ciguë est un agent toxique et qu'elle peut conséquemment déterminer des accidents graves si on l'emploie trop brusquement. Mais, d'un autre côté, il faut savoir qu'en l'administrant à des doses progressivement croissantes, on peut la faire prendre dans des proportions assez grandes avec avantage et sans inconvénient. Une autre remarque, c'est que la ciguë n'est pas douée dans tous les temps d'une activité égale. Sa récolte exige quelques soins dont il faut que la pharmacie s'enquière; c'est de là sans doute que dépendent, du moins en partie, les insuccès de quelques praticiens, malgré les hautes doses auxquelles ils l'ont fait prendre, quand des médecins d'une contrée plus ou moins éloignée en obtiennent, dans des cas analogues, des succès très-brillants. Après ces observations préliminaires, exposons en détail le mode d'administration de la ciguë et les effets qu'elle produit.

L'extrait alcoolique se donne en pilules de deux grains chaque, pour commencer. On prescrit d'abord une de ces pilules matin et soir, en tout quatre grains de cet extrait alcoolique par jour; on augmente d'une semblable pilule tous les deux ou trois jours; on s'élève ainsi graduellement jusqu'à quarante, cinquante, soixante grains et plus. Cette mesure moyenne est celle des enfants traités dans les salles de M. Baudelocque, cest-à-dire des enfants de quatre, huit, dix et douze ans. Chez les adul-

tes, on porte cette dose plus loin, par exemple quatre-vingts grains ou davantage; et même pour les enfants on peut dépasser la quantité moyenne en suivant les effets du médicament. En général, il n'y a pas un terme fixe après lequel l'action de la ciguë devienne décidément nuisible. On peut élever ces doses toujours graduellement jusqu'à ce qu'on observe qu'elle trouble la vue, qu'elle cause des céphalalgies, qu'elle produit des spasmes ou un engourdissement général; à ces signes, suspendez la ciguë, car, si l'on s'obstinait à la continuer, on pourrait produire des accidents fâcheux.

Un auxiliaire utile de l'action médicatrice de la ciguë, dans les cas de scrofules, paraît être l'usage d'un purgatif. Ce purgatif lui-même est soumis à une préparation particulière. M. Baudelocque regarde comme indipensable à une bonne cure l'administration de ce purgatif. Voici de quelle manière il le prépare : cette formule nous paraît parfaitement assortie à la constitution physique des enfants, et des enfants scrofuleux principalement. Nous ajouterons qu'elle est très-facile à exécuter, et qu'elle produit un médicament agréable; deux conditions qui ne sont rien moins qu'indifférentes, et la dernière surtout, auprès de malades aussi difficiles que les enfants. Le purgatif en question est un café de séné. Pour le composer on fait d'abord à part une infusion de café avec une demi-once de poudre à la manière ordinaire, et une décoction légère de follicules de séné ou de feuilles qui sont un peu plus actives, avec demi-once de ces gousses pour huit onces d'eau. On verse ensuite cette décoction bouillante, follicules et tout, dans l'infusion de café; on passe le mélange, on le coupe avec du lait à volonté, et on le sucre. Le mélange du café enlève au séné sa saveur et son odeur repoussante, et l'addition de sucre lui donne l'agrément qui lui manquait. Ce purgatif s'administre régulièrement une ou deux fois par semaine, concurremment avec l'extrait alcoolique de ciguë; il n'occasionne pas de colique et détermine de cinq à huit selles. Le régime de ces malades se compose de viande, une ou deux fois par jour, de l'usage du vin et de l'exercice à l'air libre. Lorsqu'on a été forcé de suspendre la ciguë, on insiste davantage sur le purgatif et l'on donne l'oxymel en boisson. Les applications extérieures de la ciguë sur les engorgements, sur les plaies ou sur les ulcères servent ordinairement d'adjuvant à son administration intérieure. On se sert pour cela de ciguë fraîche quand il y en a, ou de la poudre pendant l'hiver. Les topiques de ciguë fraîche pilée ont un inconvénient; ils remplissent la salle des malades d'une odeur vireuse désagréable; il serait utile de pouvoir neutraliser cet effet. Nous ne pouvons mieux terminer cet exposé rapide que par quelques faits particuliers; ils ont été recueillis à la clinique du

médecin dont nous venons d'analyser la méthode thérapeutique.

Melo Justine, âgée de douze ans, fut affectée à l'âge de neuf ans d'un abcès spontané à la partie interne et extérieure du bras droit; on l'ouvrit à l'aide de la lancette, et depuis la plaie ne s'était pas cicatrisée. Au bout de quelques mois un nouvel abcès se développa à la face postérieure et supérieure de l'avant-bras, et l'ouverture demeura aussi fistuleuse; plusieurs autres petits foyers parurent encore autour de l'articulation huméro-cubitale. C'est dans cet état qu'elle se présenta à la visite. Son habitude extérieure trahissait la constitution scrofuleuse; Son bras droit offrait les altérations suivantes : au dessous et en arrière de l'épicondyle deux ulcérations superficielles de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords minces et décolés, à fond rougeâtre et sanieux : une autre ulcération de même genre était située au dessous de la même saillie; à la partie postérieure de l'avant-bras il y avait plusieurs autres ulcérations de diverses grandeurs. La plus grande, de forme triangulaire, offrait un pouce et demi de superficie; les bords étaient tuméfiés, renversés, le fond grisâtre, granuleux et sanieux; en dessus et en dedans de l'épitrochlée il y avait encore deux pertuis de forme arrondie et à bords tuméfiés, durs, rouges et saillants; ils avaient quelques lignes de diamètre et cinq à six lignes de profondeur. Du reste les mouvements de l'articulation n'étaient nullement gênés, et les fonctions digestives étaient en bon état.

Dès les premiers jours de juillet on fit prendre l'extrait alcoolique de ciguë, en sorte que le 16 septembre cette malade en prenait seize pilules de deux grains par jour; toute la semaine elle était purgée à l'aide du purgatif que nous avons indiqué, et on lui faisait en même temps des applications locales avec la poudre de ciguë. Au bout de quelques semaines l'amélioration avait fait d'incontestables progrès. Vers le 20 septembre toutes les ulcérations étaient cicatrisées, à l'exception de la plus grande. Cette dernière était cicatrisée aux trois quarts, et présentait d'ailleurs le meilleur aspect. On aida la cicatrisation de toutes les plaies en réprimant les bourgeons charnus, et en emportant les chairs décollées. L'état général s'était aussi modifié. A cette époque survinrent quelques phénomènes cérébraux, tels que céphalalgie, étourdissements, trouble de la vue, etc., qui firent interrompre la ciguë. On la reprit ensuite mais il resta toujours quelques traces de la plus grande ulcération; cependant la ciguë avait assez fait pour qu'on ne pût conserver le moindre doute sur la réalité de son action.

Obs. II. Smith, Rosalie, âgée de quinze ans, fut atteinte, vers l'âge de six ans, d'un engorgement des ganglions lymphatiques du dessous du menton. A son entrée à l'hôpital on observa la persistance de cet en-

gorgement, et de plus une ulcération de l'un de ces ganglions qui dataient d'un mois environ ; depuis son entrée deux autres ganglions engorgés sur les parties latérales du cou s'étaient abcédés, et s'étaient refermés assez promptement. A côté du premier de ces abcès il s'en était formé plusieurs autres qui restèrent fistuleux; plus tard encore, tous les abcès s'étant réunis, il en résulta une longue fistule sous-cutanée, étendue depuis le milieu de l'espace sus-hyoïdien jusqu'à l'angle de la mâchoire du côté gauche. L'habitus de ce sujet et sa vie antérieure déposaient d'ailleurs de la nature scrofuleuse de ces fistules. Elle fut traitée par l'extrait alcoolique de ciguë dont elle prit d'abord quatre grains; deux mois après elle prenait quarante grains de cet extrait. Des cataplasmes de ciguë étaient appliqués en même temps sur les plaies; en outre chaque semaine la potion purgative aidait à ce traitement. L'excision de la peau décollée fut pratiquée à deux ou trois reprises. Vers le milieu de juillet, tandis que la dose était portée à cinquante-six grains par jour, les accidents cérébraux, déjà décrits, firent suspendre son usage. Au commencement de septembre la malade était entièrement guérie. On n'eut pas besoin de reprendre la ciguë après que les accidents qui l'avaient fait interrompre furent passés ; on se contenta de la purger de temps en temps.

Obs. III. Museux, Antoinette, âgée de treize ans, avait éprouvé, à l'âge de onze ans, vers la partie latérale droite du cou, un engorgement ganglionnaire de la grosseur d'une grosse noix, en même temps elle eut à l'ouverture des narines une éruption dartreuse dont elle fut guérie. L'engorgement du cou s'était ouvert depuis quelques semaines lorsqu'elle entra dans la salle des scrofuleux. Quelques temps après son entrée dans cette salle, un nouvel engorgement plus petit que le premier se déclara au devant du cou; il s'abcéda et guérit. Un peu plus tard encore les ganglions axillaires du côté gauche se tuméfièrent aussi ; l'engorgement acquit rapidement le volume du poing, bientôt la tumeur devint fluctuante et on l'ouvrit, mais l'ouverture se changea en fistule, et une ouverture nouvelle se fit spontanément à côté de l'autre. On employa aussi l'extrait alcoolique de ciguë. Environ trois mois après la malade en consommait soixante-douze grains. Des cataplasmes émollients saupoudrés de poudre de ciguë étaient appliqués sur l'engorgement axillaire; enfin toutes les semaines on donnait le café de séné. L'effet de cette médication fut aussi prompt que remarquable; il se fit sentir en même temps sur l'état général et sur l'état local. A cette époque quelques phénomènes cérébraux obligèrent d'interrompre la ciguë. Douze sangsues aux jambes et une boisson émolliente firent peu de chose sur ces accidents, deux purgatifs administrés à deux jours d'intervalle les amandèrent complétement. Une application de dix sangsues

aux tempes contribua de son côté à dissiper les symptômes cérébraux; la ciguë ne fut reprise que quelques jours plus tard. Du reste, malgré son interruption momentanée elle continua à opérer, comme semble l'indiquer l'amélioration progressive des phénomène scrofuleux. A la reprise de l'extrait de ciguë on procéda graduellement en commençant par deux pilules de deux grains chaque, et augmentant peu à peu jusqu'à seize pilules par jour; alors les mêmes accidents qui l'avaient fait suspendre se reproduisirent. Mais si la guérison n'était pas complète, elle était du moins assez avancée pour livrer la malade à elle-même.

Cette méthode nouvelle de traiter les maladies scrofuleuses méritait d'autant plus de fixer notre attention qu'elle a l'assentiment d'un médecin expérimenté, judicieux, et qu'il s'applaudit du mode de traitement dont il est question chez les nombreux malades qui, sous sa direction, y sont soumis à l'hôpital des enfants. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE DE L'OEIL DROIT ET SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT CONSÉCUTIVE A CETTE OPÉRATION.

Dans mon *Manuel de médecine opératoire*, en tête du chapitre consacré à la chirurgie oculaire, j'avais posé ce principe nouveau dont je signalais l'importance :

Dans tous les cas où il est conseillé de se servir de la main gauche, le chirurgien devra se placer en arrière ou à côté du malade, et agir toujours de la main droite.

C'est là un précepte si simple et si naturel, qu'on pourrait s'étonner à bon droit qu'il ait attendu jusqu'à notre époque pour se produire, et qu'il n'ait pas été de prime abord généralement adopté. Malheureusement dans les sciences ce n'est pas l'idée la plus simple qui s'offre la première; et lorsqu'à son tour elle arrive, il lui faut du temps et de la persévérance pour se faire écouter et prendre sa place. Il s'en faut beaucoup, par exemple, que la mienne ait obtenu toute l'attention désirable. Deux de nos oculistes les plus distingués ont fait paraître, depuis quelques années, des travaux remarquables, à divers titres, sur l'opération de la cataracte; l'un d'eux, M. Sichel, garde un silence absolu sur l'emploi de la main droite pour l'œil droit; l'autre, M. Carron-du-Villards, n'en a parlé que pour lui adresser cette sentence foudroyante :

« Il n'y a que ceux qui n'ont jamais fait d'opération de la cataracte sur le vivant, qui osent dire qu'il faut toujours, et dans toutes les opérations sur l'œil, se servir de la main droite. »

A la vérité, dans la seconde édition de son livre, M. Carron-du-Villards a rayé ce passage, mais sans y rien substituer qui fasse présumer qu'il a changé d'opinion.

Si cependant, laissant de côté les préoccupations de l'habitude, toujours si puissante, nous demandons à cette routine des siècles sur quels fondements elle s'appuie, il faudra bien reconnaître que les oculistes ne se sont servis de la main gauche que forcés par une apparente nécessité. Ayant posé cette première règle, que l'opérateur doit se placer devant le malade, l'emploi de la main droite pour l'œil droit était à peu près impossible. Mais, dès qu'en se mettant derrière l'opéré, cette impossibilité cesse, la seule objection qui pourrait rester encore serait la difficulté. Je dis maintenant que la difficulté est moindre peut-être pour les opérations de cataracte, quand l'opérateur se place en arrière; en effet, il n'a pas à lutter contre le faux jour, presque impossible à éviter lorsqu'il se met en avant; il se charge lui-même du soin de maintenir la paupière supérieure, ce qui est plus sûr que de la confier à un aide; et par-dessus tout il est maître de tous les mouvements de sa main.

Je sais bien que depuis Celse jusqu'à nos jours, on a répété jusqu'à satiété que le chirurgien doit être ambidextre; ce qui n'est guère moins absurde que si on lui recommandait d'être aussi habile avec le pied qu'avec la main. Arrêtons-nous un moment sur cette question.

Le temps est passé où l'on attribuait à l'habitude l'habileté plus grande de la main droite. Cette habitude a elle-même sa cause dans une disposition anatomique qui se révèle en une foule de circonstances, savoir : le plus grand développement de la moitié droite du corps. L'une des plus fortes objections qu'on puisse opposer à la théorie de l'habitude, c'est qu'il y a des gauchers qui demeurent invinciblement gauchers, malgré les remontrances de leurs parents et de leurs maîtres; c'est qu'il y a enfin des ambidextres qui le sont naturellement, et enfin d'autres balancements de force et d'adresse entre les membres que l'habitude elle-même ne peut qu'imparfaitement corriger. J'ai fait sur ce sujet des recherches spéciales, au bureau central, dans un but qu'il importe peu de mentionner ici; et sur cent quatre-vingt-deux individus du sexe masculin, j'ai trouvé

160 droitiers parfaits;
15 gauchers;
2 ambidextres parfaits.

Des cinq autres, deux étaient ambidextres, mais se sentaient un peu

plus de sûreté dans la main gauche que dans la droite ; les trois derniers étaient droitiers ; seulement l'un était plus fort de la jambe gauche; un second, se servant de la main droite pour toutes les fonctions, ne lançait les pierres qu'avec la gauche; et le troisième préférait l'épaule gauche pour porter des fardeaux. On voit que l'ambidextérité parfaite ne se rencontre que dans le plus petit nombre de cas ; que dans un petit nombre encore la différence entre les deux moitiés du corps est peu sensible, certaines parties à gauche l'emportant sur celles de droite, *et vice versâ ;* les gauchers sont dans la proportion de un sur douze, et dans l'immense majorité des cas, c'est le côté droit qui l'emporte. Sur trente-trois femmes, je n'ai trouvé ni gauchère ni ambidextre.

Cette prédominance de la main droite étant originelle et non acquise, on voit combien est futile et peu réfléchi le précepte répété depuis Celse par presque tous les écrivains classiques. Heureux celui qui tient de la nature une main gauche aussi sûre et ferme que la droite; c'est un privilége que les plus grands efforts ne sauraient donner. On parvient bien à faire exécuter à la main gauche certaines opérations, telles que la saignée, l'abaissement et l'extraction du crystallin, etc., mais toujours avec moins de sécurité pour le chirurgien, et plus de dangers pour le malade. Je dirai plus : pour donner à la main gauche l'habileté qui lui manque, il faudrait l'exercer exclusivement et aux dépens de la droite, et finir peut-être par avoir deux mauvais outils au lieu d'un bon. Les individus amputés du bras droit acquièrent à la vérité la force et l'adresse qui leur manquaient dans la main gauche; mais c'est que tout l'exercice se fait désormais avec cette main, et qu'elle attire à elle seule les matériaux de nutrition autrefois destinés aux deux membres. La conséquence de tout ceci est, qu'au lieu de se fatiguer la main gauche à des opérations pour lesquelles elle sera toujours gauche, il faut ramener les procédés opératoires dans le domaine de la main droite ; et c'est ce que j'ai tenté de faire pour la chirurgie oculaire.

Il s'en faut d'ailleurs que tous les oculistes soient partisans de ce tour de force, qui consiste à employer la main gauche au lieu de la droite pour les opérations les plus délicates qui se pratiquent sur le corps humain. Sans rappeler tous les instruments imaginés pour opérer l'œil droit par devant avec la main droite, nous savons qu'aujourd'hui plusieurs chirurgiens anglais se placent déjà derrière le malade, pour diviser la cornée droite avec la main droite. Les autres ont eu fréquemment à se plaindre de la méthode ancienne; M. Carron-du-Villards nous apprend lui-même que M. Mannoir, *malgré son excessive habileté,* a eu quelquefois le malheur de blesser l'iris, *à l'œil droit surtout*, en divisant la cornée pour l'extraction de la cataracte.

N'y aurait-il pas pourtant des circonstances exceptionnelles qui contre-indiqueraient l'usage de la main droite? Je n'en connais aucune pour ma part; imaginez telle conformation de l'œil qu'il vous plaira, supposez les complications les plus gênantes, et je maintiens que la manœuvre sera toujours plus commode, pour le chirurgien, avec la main droite; et en définitive la présence de graves difficultés n'est-elle pas elle-même une indication urgente de recourir à l'instrument le plus perfectionné?

Je viens de pratiquer l'abaissement du cristallin droit avec la main droite, à la Maison Royale de Santé, et avec une facilité au moins égale à celle d'une pareille opération sur l'œil gauche. Voici les détails de l'observation.

Obs. Mademoiselle Porgrot, de Rouen, âgée de soixante-sept ans, réglée depuis seize jusqu'à quarante-six, avait toujours joui d'une bonne santé, à l'exception d'une migraine fréquente, qui passa enfin à l'âge de retour. Il y a quinze ans qu'elle s'aperçut, pour la première fois, d'un léger trouble dans la vision de l'œil; les objets paraissaient couverts d'un brouillard qui s'épaissit de plus en plus; et enfin, depuis quatre ans, la cécité de ce côté est complète. L'œil gauche n'a pas du tout souffert.

La malade entra à la Maison Royale de Santé le 24 juillet. A travers la pupille droite on apercevait un fond blanchâtre, facile à reconnaître pour le cristallin cataracté; sur ce fond tranchait une tache linéaire, verticale, d'un blanc de craie, évidemment plus superficielle, et qui paraissait appartenir à la capsule antérieure. Toutes les fonctions se faisaient bien; seulement depuis plusieurs années la malade ressentait dans la tête des battements continuels, et depuis peu il s'y était joint de la céphalalgie.

Je commençai par combattre ces complications à l'aide des bains, des laxatifs et d'une petite saignée. La céphalalgie disparut; les battements diminuèrent un peu, et attendu leur existence habituelle, je crus pouvoir passer outre. L'opération fut faite le 8 août.

Les yeux étant gros et très-saillants, je craignis une compression trop énergique de la part des muscles palpébraux, et je me décidai pour l'abaissement. La malade couchée en face du jour, la tête élevée à hauteur d'appui, avec le pouce et l'indicateur gauches j'écartai moi-même les deux paupières. L'aiguille tenue de la main droite fut enfoncée à deux lignes de la cornée, un quart de ligne environ au-dessous du diamètre transversal de l'œil, la concavité de la lame tournée en haut. Je pénétrai ainsi dans la partie postérieure et inférieure du cristallin; je portai ensuite légèrement l'aiguille en arrière afin de diviser la capsule, qui me donna la sensation très-nette d'une résistance vaincue; puis

par un demi-tour de cercle je ramenai l'aiguille en haut, au-dessus de la capsule cristalline, de sorte que sa concavité regardât cette fois en bas ; et un simple mouvement de pression fit descendre le cristallin qui ne remonta pas. La tache blanchâtre de la capsule troublait seule le noir de la pupille ; je ne jugeai pas à propos de m'en occuper, et l'aiguille fut retirée quelques secondes après l'abaissement du cristallin.

La malade interrogée dit qu'elle avait très-peu souffert. Je recouvris les deux yeux d'un linge simple trempé dans un blanc d'œuf ; et, jusqu'à ce qu'il se fût desséché et collé, je maintins les paupières closes à l'aide d'une compresse et d'une bande.

Prescription : *diète et repos absolu ; huit pilules d'extrait gommeux d'opium contenant chacune un grain, à prendre une toutes les heures ; infusion de tilleul.*

La journée fut bonne ; la malade ressentit de temps à autre de petits picotements dans l'œil ; du reste, ni douleur ni fièvre ; une douce moiteur couvrit toute la peau ; le pouls ne s'agita nullement, et il y eut quelques heures de sommeil.

Le lendemain à la visite, même état ; le pouls à soixante-dix pulsations ; ni chaleur ni douleur dans l'œil ; il y a un peu d'appétit. Même prescription ; deux bouillons de poulet.

Le 10 août, même état ; la malade a dormi plusieurs heures, mais son sommeil a été troublé par des rêves ; elle est aussi beaucoup tourmentée par la crainte de perdre tout à fait la vue. Du reste, la tête est parfaitement nette ; l'œil sans chaleur ni douleur ; la peau moite et fraîche ; le pouls à quatre-vingt-quatre. La bouche est devenue un peu sèche et pâteuse ; la langue sale dans ses deux tiers postérieurs.

Le 11, même état ; le sommeil a été de huit heures en trois fois, et moins agité par les rêves. Pour calmer les inquiétudes de la malade, j'enlève le linge qui couvrait son œil gauche ; de plus, tenant cet œil bien fermé, j'approche une chandelle allumée à la distance d'un pied de l'œil droit encore recouvert de son linge ; la malade s'écrie : *Oh ! je vois le feu !* — Même prescription.

Le 12, je découvre l'œil opéré ; la malade distingue et compte les doigts de la main qu'on lui présente. Prescription : *Une compresse flottante sur cet œil ; on réduit les pilules d'opium à quatre ; le quart d'aliments.*

Le 13, la malade a mangé son quart avec appétit ; elle a plus dormi que de coutume, mais d'un sommeil très-paisible. Je cesse l'usage de l'opium, et recommande d'exercer peu à peu l'œil opéré.

Le 14, elle distingue les personnes étrangères de celles qu'elle avait connues auparavant.

Le 15, légère céphalalgie; sensation de gravier dans l'œil droit. Un orage qui a eu lieu la veille paraît être la cause de ces phénomènes, qu'une saignée de huit onces fait disparaître.

La convalescence était complète ; les jours suivants, elle apprit à distinguer les lettres, le coin des pièces de monnaie, etc. ; l'œil opéré lui servait presque aussi bien que l'autre pour se diriger dans la maison ; je m'assurai par des expériences directes qu'elle ne voyait avec les deux yeux qu'une seule image des objets. La tache de la capsule cristalline existait encore, mais ne gênait nullement la vision, et semblait même avoir diminué. La malade nous quitta le 23 août pour retourner dans son pays.

Il y a dans cette observation un assez grand nombre de points qui prêteraient à la discussion ; je n'en veux aborder que les deux principaux. Dans l'opération même, j'ai pris soin de diviser la capsule en arrière afin d'en expulser le cristallin, en la laissant elle-même en place, ce qui est condamné par plusieurs oculistes de nos jours. Ils craignent que la capsule demeurée en place ne devienne le siége d'une cataracte secondaire ; cela se peut incontestablement, tout comme la capsule d'un œil sain peut devenir opaque elle-même ; mais il en résulte seulement ceci, que le procédé qui laisse en place la capsule expose l'œil opéré à quelques-unes des chances de cataracte qui pèsent sur un œil parfaitement sain. Pour ma part, je suis satisfait de ce résultat. D'autres veulent davantage ; ils détruisent un organe sain dans la crainte qu'il ne devienne malade ; on mènerait loin la chirurgie si l'on admettait ce principe.

J'ai laissé la capsule, bien qu'elle ne fût pas tout à fait intacte, parce qu'elle ne m'a pas paru assez lésée pour que son ablation fût nécessaire, et le succès m'a justifié. Un chirurgien d'une autre opinion n'aurait eu que ces deux routes à suivre : ou bien, après avoir abaissé la lentille, revenir broyer la capsule, chose difficile, longue et peu prudente par cela même, ou bien abaisser la cataracte en masse. Mes recherches sur ce mode d'opérer me le font regarder comme essentiellement vicieux. Le cristallin abaissé avec sa capsule n'est point absorbé comme on sait ; W. Sœmmering, ayant eu occasion d'examiner, trois ans après l'opération, un cristallin abaissé avec sa capsule, lui trouva son volume ordinaire ; tandis que celui de l'autre œil, abaissé sans sa capsule à peu près à la même époque, avait complétement disparu. Dans le premier procédé il reste donc toujours au fond de l'œil un corps étranger dont la présence ne saurait être regardée comme indifférente. Mais il y a un inconvénient peut-être plus grave encore. Dans le plus grand nombre des cas, la capsule abaissée conserve ses adhérences, et ne peut être déplacée

définitivement que toutes ces adhérences ne soient rompues ; or, qui peut se flatter de remplir parfaitement ce but indispensable ? En méditant sur cette idée, j'en vins à penser que la réascension si fréquente du cristallin tenait à ce qu'il n'était point sorti de sa capsule, et que l'aiguille n'avait pas complétement détruit ses moyens d'attache. Je compulsai les observations pour vérifier ma conjecture, et, dans presque tous les cas, je la trouvai justifiée. W. Sœmmering rapporte quatre cas d'abaissement dont il eut occasion plus tard de vérifier les résultats par l'autopsie ; dans trois cas, le cristallin ne remonta point ; la dissection montra qu'il avait été extrait de sa capsule. Dans le quatrième, il remonta une première fois ; on le réabaissa trois mois après, et néanmoins il en resta toujours un tégument visible derrière la pupille. A l'autopsie, on trouva que la capsule avait été abaissée avec lui. M. A. Petit avait pour principe d'abaisser, autant que possible, le cristallin sans ouvrir la capsule ; or, sur dix-sept observations qu'il rapporte, on voit que chez cinq sujets le cristallin remonta soit durant l'opération même, soit deux ou trois jours ou même un mois après, et l'auteur ajoute que sur deux autres malades il a vu le cristallin remonter après une année, et ne laisser qu'une portion de vue si faible qu'une autre opération était devenue nécessaire. Mais le fait le plus remarquable que je connaisse en ce genre est dû à Janin. Un vieillard fut opéré avec succès ; il jouit de la vue un an entier ; après quoi, s'étant baissé pour relever son mouchoir, le cristallin remonta subitement ; abaissé de nouveau, il remonta deux autres fois en dix-huit mois, et fut réabaissé avec le même succès ; enfin, six ans après la dernière opération, le sujet fit une chute de cheval, dans laquelle sa tête porta contre terre ; le cristallin remonta une quatrième fois, et du même coup passa dans la chambre antérieure. Janin en fit l'extraction ; la capsule était intacte, seulement un peu ridée, et la cataracte avait moins de volume que les cataractes ordinaires. Ainsi près de neuf années n'avaient pas suffi pour en déterminer l'absorption.

Mais ce qui attirera davantage sans doute l'attention des praticiens, c'est le traitement énergique et inusité que j'ai fait suivre à mon opérée. Dans quel but ai-je ainsi osé prodiguer l'opium, par quelles idées et quels essais antérieurs y ai-je été conduit ? Mon but est de prévenir toute inflammation, et, dans le cas actuel, on voit que j'y ai réussi. Je me réserve d'expliquer ailleurs quelles vues théoriques m'ont dirigé, et quels heureux résultats j'en ai déjà obtenus. Je me bornerai pour le moment à dire que, si l'avenir de cette méthode répond à son passé, elle me paraît appelée à faire une véritable révolution en chirurgie.

MALGAIGNE.

DU TRAITEMENT DE QUELQUES SURDITÉS PAR LA CAUTÉRISATION DE LA TROMPE D'EUSTACHE ET DES PARTIES SUPÉRIEURES ET LATÉRALES DU PHARYNX;

Par M. Bonnet, chirurgien en chef (désigné), de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Si les surdités qui se développent dans la jeunesse et l'âge adulte sont dues le plus souvent à des inflammations de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache et de la cavité du tympan, ces inflammations sont presque toujours précédées de celles de la membrane muqueuse du pharynx et des fosses nasales, ou tout au moins coexistent avec elles. C'est là ce qui me fit penser que dans les surdités, dont ces lésions simultanées sont la cause, un traitement local, s'il devenait nécessaire, ne devait point se borner à la trompe d'Eustache, mais s'étendre aux parties du pharynx et des fosses nasales qui sont affectées en même temps que la trompe, ou même l'ont été avant elle. A l'époque où je conçus cette idée, des expériences nombreuses sur la cautérisation dans les ulcères chroniques et les inflammations du nez, de la gorge et du canal de l'urètre, m'ayant montré tous les avantages de ce moyen emp oyé avec modération et comme modificateur, plutôt que comme agent de destruction; je pensai à l'appliquer au traitement local de ces surdités, où la trompe d'Eustache et les parties qui environnent son orifice sont simultanément affectées; les résultats que j'obtins furent satisfaisants; je viens les exposer dans ce mémoire; mais comme ces résultats ne sont pas les seules preuves de l'utilité de ma méthode, qu'ils n'en font connaître que les conséquences et non pas les principes qu'il importe de juger avant tout; ce sont les principes, c'est-à-dire, 1° la coïncidence des lésions du pharynx et des fosses nasales avec celles de la trompe; 2° les avantages de la cautérisation dans les ulcères et les inflammations chroniques, que je m'appliquerai d'abord à démontrer.

Les surdités accidentelles, où l'on voit le plus nettement la coïncidence des lésions du pharynx, des fosses nasales et de la trompe d'Eustache, sont les surdités syphilitiques. Avant que les malades aient éprouvé de la diminution dans l'ouïe, des inflammations et des ulcères appréciables à la vue se développent ordinairement sur les amygdales et la paroi postérieure du pharynx; les fosses nasales deviennent malades; et souvent l'affaissement du nez, la sortie de quelques os, une suppuration fétide annoncent la lésion dont elles sont le siége; lorsque la surdité se manifeste c'est avec les signes de l'oblitération de la trompe, due indubitablement alors à l'inflammation qui s'y est propagée des parties environnantes.

S'il n'est pas aussi facile de prouver cette propagation dans les surdités catarrhales, et par suite de démontrer que l'inflammation du pharynx et des fosses nasales précède celle de la trompe, au moins peut-on établir que l'une et l'autre existent ensemble. M. Itard (1), dans la description qu'il a donnée de cette espèce de surdité, signale comme phénomènes qui peuvent guider dans le diagnostic, et qui dès lors se rencontrent fréquemment, une grande quantité de mucosités dans l'arrière-gorge, un embarras dans la voix, semblable à celui qu'on observe dans les angines catarrhales, une sécheresse des fosses nasales avec un ton nasillard; dès-lors il indique les signes d'un catarrhe du pharynx et des fosses nasales qui coexiste avec celui de la trompe, s'il ne l'a précédé. Ce dernier ordre de développement peut se rencontrer, comme on le verra dans les observations, et il est même probable qu'il est le plus ordinaire; car si l'impression du froid, sur un sujet lymphatique, est suivie d'un catarrhe à la gorge, celui-ci doit bien apparaître plutôt sur une membrane étendue et pourvue de follicules nombreux, comme celle du pharynx et des fosses nasales, que sur celle de la trompe, conduit étroit et chargé de sécrétions peu abondantes.

L'histoire des inflammations ordinaires de l'oreille et même des otites purulentes offre quelquefois la même succession des symptômes que celle que je viens de signaler dans les otites catarrhales et syphilitiques. Mais comme les inductions tirées des symptômes sont les seules preuves que fournissent les observations des auteurs et la plupart de celles qui me sont propres sur le rapport des maladies du pharynx, des fosses nasales et de la trompe, il est nécessaire de les fortifier par le résultat de l'observation directe. Pour arriver à ce but, signaler l'influence des tubercules du pharynx et de la trompe d'Eustache sur le développement de la surdité, et faire connaître anatomiquement les effets de la cautérisation du pharynx, je citerai les résultats de l'autopsie suivante :

Une jeune fille de dix-huit ans, après avoir eu la grippe dans le mois de février 1837, commença à éprouver une dureté d'oreille, plus forte à droite qu'à gauche, qui augmenta graduellement pendant un mois, et dégénéra au moins du côté le plus gravement affecté en une perte presque complète de l'ouïe. Avec cette surdité se développèrent des symptômes de phthisie pulmonaire pour lesquels elle entra à l'hôpital dans une salle de médecine. C'était à l'époque où je commençais à m'occuper de la cautérisation du pharynx, dans le traitement des surdités. Je cherchais toutes les occasions d'employer ce moyen, lorsque je fus averti de la maladie de cette jeune fille. C'était dans le cours du sep-

(1) Itard, *Maladies de l'oreille*, t. II, p. 185 ; *id.* p. 215.

tième mois qui suivit le début de sa surdité ; aucune douleur ne se faisait sentir dans les fosses nasales et le pharynx, même pendant la déglutition; la perception du bruit d'une montre qui devenait distincte, dès que celle-ci était appliquée sur les os du crâne ou entre les dents, montrait l'intégrité du nerf auditif et faisait présumer que le siége du mal était dans les organes conducteurs du son. Je pratiquai la cautérisation en attachant à une tige de fil de fer de six pouces de long et légèrement recourbée un bourdonnet de charpie que je trempai dans du nitrate acide de mercure. Je poussai ce bourdonnet à travers la narine jusqu'à l'arrière-gorge, et, retournant sur le côté l'extrémité recourbée du stylet, je fis une cautérisation sur toute la face latérale du pharynx. Je répétai immédiatement la même opération du côté opposé. Cette cautérisation défectueuse, puisqu'elle agissait sur toute la longueur des fosses nasales, fut suivie d'une douleur assez vive, de gêne dans la parole et dans la déglutition. Le lendemain les personnes qui entouraient la malade crurent cependant s'apercevoir qu'elle entendait mieux; mais l'on ne put juger de l'effet de la médication, car, les symptômes de phthisie ayant rapidement augmenté, la mort survint seize jours après la cautérisation. A l'autopsie nous trouvâmes les deux poumons infiltrés de tubercules dans toute leur hauteur et avec des cavernes multipliées au sommet de chacun d'eux; la trachée-artère et une partie du larynx étaient criblées d'ulcérations tuberculeuses, ainsi que l'intestin grêle : mais ce qu'il importait de rechercher avec le plus d'attention était la cause de la surdité et les changements que le caustique avait produits. Voici ce que nous observâmes sur les parties latérales et supérieures du pharynx : autour de l'ouverture de la trompe d'Eustache, dans l'étendue d'une pièce de trois francs du côté droit où la dureté d'oreille était la plus forte, et dans une étendue un peu moins grande, à gauche, existaient une multitude de petits ulcères, les uns isolés et ronds, les autres irréguliers et formés par la confusion de plusieurs ulcères primitivement arrondis. Leur fond était blanchâtre, infiltré de matière tuberculeuse, et ils étaient parfaitement semblables à ceux que présentaient le larynx et les intestins; du côté droit, ils pénétraient, pressés les uns contre les autres à une profondeur de quatre à cinq lignes dans la trompe d'Eustache dont ils avaient même détruit toute l'épaisseur dans sa partie inférieure où elle est formée par une lame fibreuse; son oblitération n'était pas cependant complète, quoique sa muqueuse fût un peu gonflée; du côté gauche la lésion était de même nature, quoique moins étendue et moins profonde. Quant aux changements que la cautérisation avait produits, ils étaient aisés à apercevoir. D'abord le passage du caustique était marqué dans les deux fosses nasales par une traînée rouge, et, autour de

la trompe, les ulcères sur lesquels la cautérisation avait porté, étaient plus rouges et plus infiltrés de matière tuberculeuse, ce qu'il était aisé de voir en les comparant avec ceux de l'intérieur de la trompe qui n'avaient pas été touchés.

Ainsi dans cette surdité tuberculeuse, les lésions du pharynx coïncidaient avec celles de la trompe, de même que dans les surdités syphilitiques, catarrhales, dans celles qui sont la conséquence des otites ordinaires. Que cette coïncidence dépende d'une cause morbide agissant sur deux parties à la fois, qu'elle vienne de ce que le mal, fixé dans l'une d'elles, s'est étendu par contiguité à l'autre, il n'en résulte pas moins que, pour obtenir une guérison complète, il faut agir sur l'un et l'autre, et faire ainsi porter les moyens locaux, si on les juge nécessaires, sur la trompe et sur les muqueuses qui environnent son orifice. On verra même que, lorsque ces muqueuses ont été le siége primitif du mal, il suffit de les guérir pour que la trompe devienne libre et que l'ouïe se rétablisse; de même que dans les oblitérations du canal nasal, suite des inflammations chroniques des paupières (*Flux puriforme*, suivant Scarpa)., la guérison de celles-ci peut entraîner le rétablissement de la cavité du canal, et par suite la disparition de la fistule qui en était la conséquence. Mais, je le répète, le plus sûr est d'agir à la fois sur toutes les parties malades; le moyen que j'ai préféré est la cautérisation, voici les motifs qui m'ont engagé à le choisir.

Tandis que nous voyons chaque jour des méthodes de traitement rejetées et oubliées après une faveur momentanée, la cautérisation acquiert progressivement une plus grande importance; son emploi, sans être moins général dans le traitement des ulcères extérieurs, s'est étendu à celui d'un grand nombre de maladies des yeux, des fosses nasales, de la bouche, de l'urètre, du vagin, de la matrice et du rectum. Et qu'on remarque bien que cette extension d'une méthode, cette constance à la pratiquer, est une preuve convaincante de son utilité, preuve d'une importance bien plus grande qu'une série quelconque d'observations recueillie par un seul praticien; et, si quelque chose peut montrer à quel point l'utilité de ses résultats a été évidente, c'est qu'elle a suffi pour convaincre même les hommes prévenus des idées de l'école physiologique, et qui devaient regarder les caustiques comme des agents nuisibles d'irritation. Nous adoptons facilement des méthodes thérapeutiques dont nous concevons les avantages; il faut toute l'évidence des résultats les plus utiles pour nous décider à l'emploi des moyens que nos théories condamnent. Ce n'est point cependant que l'action des caustiques soit inexplicable; leurs effets immédiats rendent compte de leur action thérapeutique; je vais tâcher de le prouver en appliquant mes considéra-

tions aux ulcères et aux parties enflammées. 1° Les causes locales qui s'opposent le plus souvent à la cicatrisation des ulcères sont l'altération de leurs bords et de leur fond ; lorsque cette altération consiste, comme on le voit souvent, dans un décollement de la peau ou des muqueuses, dans une infiltration de pus dans les tissus sous-jacents à l'ulcère ; la cautérisation détruit les parties malades, et, lorsqu'elles sont tombées, la solution de continuité repose sur une base saine ; une plaie a été substituée à un ulcère, la guérison doit nécessairement être accélérée. 2° La douleur vive que font éprouver quelques ulcères vient de ce qu'ils sont irrités par des frottements, des contacts. La cautérisation produit à leur surface la coagulation de l'albumine ou une escarre superficielle, véritable couche protectrice qui les défend de l'action des corps extérieurs et calme la souffrance comme le fait un appareil appliqué sur une plaie ; c'est ainsi qu'il faut comprendre le soulagement qui suit la cautérisation des ulcères de la cornée, des aphtes de la bouche, des fissures de l'anus, lors même que ces parties sont le siége d'une inflammation aiguë. 3° Dans les inflammations chroniques des muqueuses non ulcérées, les caustiques peuvent oblitérer, lorsque leur action est assez forte, les vaisseaux dilatés par le passage prolongé du sang : un morceau de potasse caustique ou un fer rouge appliqué sur une grosse veine en font adhérer les parois ; un crayon de nitrate d'argent peut bien produire le même effet sur un vaisseau capillaire de la conjonctive ou de la cornée ; les caustiques déterminent aussi la résorption de la sérosité qui s'infiltre toujours dans le tissu des parties depuis longtemps malades. C'est là un résultat de l'expérience, et je l'ai souvent vérifié, particulièrement dans les œdèmes chroniques des paupières qui avaient résisté aux vésicatoires et aux pommades résolutives, dans les gonflements très-anciens du voile du palais et dans les oblitérations partielles des fosses nasales qu'on prend quelquefois pour des polypes et qui sont dues simplement à des infiltrations sous-muqueuses dont M. Astley Cooper a donné la description en faisant connaître dans l'emploi du nitrate d'argent le moyen le plus efficace pour les guérir ; or, dans le cas spécial qui nous occupe, l'infiltration de la sérosité dans la membrane muqueuse de la trompe et le tissu sous-jacent étant, comme dans toutes les inflammations, la cause principale de son gonflement (1) et par suite de l'oblitération du canal, on conçoit combien il importe de produire cette résorption pour rendre au canal sa liberté, et pour rétablir l'audition. 4° Enfin, lorsque des muqueuses sont le siége de ces catarrhes, les applications de nitrate d'argent, après une excitation momentanée,

(1) Voyez la deuxième observation de la note sur la tumeur lacrymale.

peuvent en ralentir et en suspendre les sécrétions, quand celles-ci datent depuis longtemps et ne sont point accompagnées de douleur. La possibilité de ce changement est démontrée par les observations de MM. Morel, de Lyon, et Lallemand, de Montpellier, sur la cautérisation de l'urètre dans les chaudepisses chroniques; en suivant les conseils de ces deux chirurgiens et promenant la cuvette du porte-caustique tout le long de l'urètre, j'ai guéri moi-même trois blennorrhagies qui avaient de deux à trois ans d'existence.

Les considérations dans lesquelles je suis entré sur les lésions qui produisent l'oblitération de la trompe d'Eustache et sur les effets des caustiques montrent que ces effets, la détersion des ulcères, l'activité imprimée à la résorption, la diminution des sécrétions catarrhales, sont précisément ceux qu'il faut produire pour guérir les lésions de la trompe et du pharynx qui entraînent le plus grand nombre de surdités dans la jeunesse et l'âge adulte; elles font comprendre également l'inutilité des injections; celles-ci se bornent à enlever quelques mucosités; qu'elles sont aussi impuissantes dans les ulcères, les inflammations chroniques, les catarrhes de la partie supérieure du pharynx et de la trompe, que le sont les gargarismes ou les collyres dans les mêmes lésions de la bouche ou des yeux.

Le lecteur est ainsi bien préparé à comprendre la raison de la méthode dont il me reste à faire connaître le mode d'application et les résultats pratiques. Mais avant d'aller plus loin, je dois dire que je suis loin de prétendre avoir eu le premier l'idée d'employer la cautérisation de la trompe d'Eustache dans le traitement des surdités que son oblitération occasionne; M. Perrin, de Lyon, a donné ce conseil dans des notes ajoutées à l'ouvrage de Saissy sur les maladies de l'oreille; M. Velpeau l'a reproduit à son tour. Mais ni l'un ni l'autre n'ont conseillé d'agir sur les parties du pharynx et des fosses nasales qui avoisinent la trompe; ils n'ont pas spécifié les cas où cette cautérisation pouvait être employée; ils ne l'ont pas mise en usage et surtout ils sont partis de principes différents; M. Perrin, le seul, du reste, qui ait développé sa pensée, considère la cautérisation comme moyen de détruire les obstacles qui rétrécissent ou oblitèrent le canal; je fais voir qu'elle agit comme modificateur des ulcères et inflammations chroniques.

Les porte-caustiques dont je me sers sont de deux sortes. Le plus simple, et le premier que j'ai employé, est un fil de fer ou de cuivre semblable, sous le rapport de la longueur du volume et de la forme, aux sondes de M. Itard (1) pour la cathétérisme de la trompe d'Eustache; l'extrémité recourbée de cette tige métallique présente quelques rainu-

(1) Voyez les planches du tome II de son *Traité de maladies de l'oreille.*

res pour qu'on puisse y fixer plus solidement, à l'aide d'un fil, un petit bourdonnet de charpie ; ce bourdonnet trempé dans une solution saturée de nitrate de mercure, j'introduis la tige qui le porte à travers une narine, la concavité en bas, et je la pousse rapidement jusqu'à la colonne vertébrale. Je la retire alors en avant, et, lorsqu'elle est arrêtée par le bord postérieur de la voûte palatine, je retourne rapidement sa concavité en dehors; le bourdonnet de charpie est appuyé sur l'orifice de la trompe; je tâche de l'y engager et, le promenant ensuite en bas, en avant et en arrière, je fais une cautérisation étendue sur les parties latérales et supérieures du pharynx, sur la paroi externe et postérieure des fosses nasales. Si le besoin l'exige, cette cautérisation est reproduite du côté opposé à celui où elle a été faite primitivement.

Pour éviter d'agir sur toute la longueur des fosses nasales et aller à la trompe à travers la bouche en passant derrière le voile du palais, je donnai à la tige métallique qui porte la charpie imbibée de caustique une longueur de six à sept pouces, et une courbure à angle droit à un pouce et demi de son extrémité. Mais, dans un cas où j'en fis usage, le voile du palais s'étant relevé et appliqué fortement contre la paroi postérieur du pharynx, m'empêcha de passer outre et fut cautérisé; je vis que je ne pouvais réussir, avec ces porte-caustiques, à n'agir que sur les parties malades; j'en fis construire quelques-uns sur le modèle de ceux dont on se sert pour la cautérisation de l'urètre, et ce sont ceux que j'emploie à présent. Ils sont composés d'un tube en argent de trois lignes de diamètre, leur longueur et leur courbure sont les mêmes que celles des sondes pour le cathétérisme de la trompe. Dans le tube extérieur est un mandrin portant à l'extrémité qui doit rester au dehors du nez un anneau et un curseur, et à celle qui doit porter le caustique une petite cuvette en platine ouverte à son extrémité et pouvant rentrer à volonté dans le tube. Pour charger ce porte-caustique, le moyen le plus simple consiste à approcher de la flamme d'une bougie un crayon de nitrate d'argent et d'en faire tomber une goutte fondue dans la cuvette. La tête formée par cette goutte de nitrate d'argent doit être frottée avec un linge mouillé qui en dissout et en détache les parties saillantes sur les côtés. La cuvette est rentrée ensuite dans le tube extérieur, et le curseur disposé de manière à n'en permettre qu'une légère saillie. On porte alors l'instrument à travers les fosses nasales jusque dans le pharynx, et, en prenant toutes les précautions indiquées plus haut, on en dirige la concavité vers la trompe d'Eustache. Le caustique est mis alors à découvert par une légère impulsion communiquée au mandrin; on tâche de l'introduire dans la trompe et on le promène ensuite sur toutes les parties qui entourent son orifice.

Ce porte-caustique est préférable, sous plusieurs rapports, à la tige métallique portant à son extrémité de la charpie imbibée d'une solution de nitrate de mercure. Lorsqu'on s'en sert, on ne cautérise que les parties qu'on veut atteindre; on ne produit qu'une faible douleur et jamais de la difficulté dans la déglutition; mais il n'agit que sur une surface trop bornée, et il devient insuffisant lorsque la gorge et les fosses nasales sont ulcérées dans une grande étendue; dans ce cas, qu'on observe surtout dans les maladies syphilitiques; je me sers du premier porte-caustique; ses inconvénients ne se font plus sentir puisque les parties qu'il touche sur son passage sont altérées et ont besoin d'être modifiées par la cautérisation. Du reste, quel que soit celui que je mette en usage, j'en répète l'application tous les deux ou trois jours. On conçoit aisément que cette application n'offre aucune espèce de difficultés; elle pourrait en présenter, s'il fallait nécessairement pénétrer dans la trompe; mais, comme il suffit de toucher son orifice et les parties environnantes (je le prouverai plus loin), elle est aussi faible que les cautérisations du voile du palais et des amygdales.

Dans un prochain article nous aurons à examiner les surdités syphilitiques et les surdités catarrhales. A. Bonnet.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU CÉTRARIN ET SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSICO-CHIMIQUES DE CE CORPS.

Le cétrarin, ou principe amer du lichen, que M. Herberger, pharmacien à Kaiserslautern, a obtenu le premier à l'état de pureté, se prépare de la manière suivante : on fait bouillir pendant une demi-heure de la poudre grossière de lichen, avec quatre fois son poids d'alcool de 883; après cela on laisse le tout en repos, jusqu'à cessation des vapeurs, pour éviter la perte d'alcool; on passe ensuite, et on soumet à la presse. On ajoute alors à la liqueur trois drachmes d'acide hydrochlorique (préalablement étendu) par livre de lichen, puis on y mêle quatre fois un quart à quatre fois et demi son volume d'eau, et on laisse le mélange en repos pendant une nuit dans un ballon fermé. Le lendemain on décante la liqueur jaune foncée, qui surnage le dépôt abondant obtenu : ce dépôt est le cétrarin impur, et sa couleur est plus ou moins verdâtre; on le recueille sur une chausse, on le laisse égoutter le mieux possible, et on le soumet à la presse. Pour le purifier on le par-

tage en petits fragments et on le lave, tandis qu'il est encore humide, avec de l'alcool ou de l'éther, qui le décolore; puis on le traite par deux cents fois son poids d'alcool bouillant, où la matière inorganique, qui l'a toujours accompagné jusqu'à ce point, est à peine soluble. La majeure partie du cétrarin se précipite peu à peu par le refroidissement de la solution alcoolique; on peut retirer, par l'évaporation de l'alcool, la portion qui reste encore en solution.

Le cétrarin pur est tantôt en poudre tout à fait blanche, semblable à de la magnésie, tantôt en petits globules réunis en forme d'arborisations, qui n'ont offert, même au microscope, aucune texture cristalline. Comprimé doucement il présente un léger éclat soyeux. Il est léger, inaltérable à l'air, inodore : il a une saveur amère franche, très-intense, surtout en solution alcoolique. Lorsqu'il a séjourné quelque temps dans l'eau, il tombe à la partie inférieure de ce liquide. Il n'est qu'imparfaitement fusible; il commence à brunir à + 125° c.; à une température un peu plus élevée, il laisse dégager une huile acide, jaune rougeâtre, qui se fige par le refroidissement. Il noircit à + 160°, et laisse alors une grande quantité de charbon boursoufflé, qui brûle facilement à l'air libre.

Son meilleur dissolvant est l'alcool absolu, dont 100 part. dissolvent 1,70 de cétrarin à la chaleur de l'ébullition, et seulement 0,28 à + 14° c. L'alcool de 0,83 bouillant en dissout 0,44; il en dissout 0,28 à + 25° c., et seulement 0,04 à + 14° c. Il est encore moins soluble dans l'eau bouillante et froide, les huiles essentielles, la créosote, etc.; il l'est davantage au contraire dans l'éther acétique, et surtout l'éther sulfurique, dont 100 p. en dissolvent 0,93 à la chaleur de l'ébullition, et 0,57 à + 14° c. Toutefois ces proportions s'entendent de l'éther absolu; car l'éther ordinaire n'en dissout que 0,87 à la chaleur de l'ébullition, et 0,50 à + 14° c. Il est insoluble dans les huiles grasses. Du reste, toutes ces dissolutions, essayées par les papiers réactifs, se montrent neutres.

L'action des acides, sur le cétrarin, varie suivant leur nature et leurs degrés de concentration. Ainsi tous les acides étendus, les acides minéraux plus encore que les acides organiques, précipitent le cétrarin de ses dissolutions sous forme de flocons, quelquefois gélatineux : toutefois la précipitation *n'est pas complète*, attendu que l'on peut toujours retirer encore une petite quantité de cétrarin par l'évaporation.

Le cétrarin sec est au contraire coloré en jaune, puis en brun par l'acide sulfurique concentré : il se produit aussitôt une dissolution rouge brune, puis rouge de sang veineux, complétement précipitable par l'eau.

Le précipité, produit par cette dernière, a offert toutes les propriétés de l'ulmine. L'acide nitrique concentré le transforme en une résine jaune brunâtre, et en acide oxalique, en donnant lieu à un dégagement de gaz nitreux ; mais l'acide phosphorique le change aussi peu à peu, sous l'influence de la chaleur, en une substance semblable à l'ulmine.

L'action de l'acide hydrochlorique sur le cétrarin est tout à fait digne d'intérêt. Il le transforme, surtout sous l'influence d'une douce chaleur, en une matière colorante bleue (bleu de cétrarin), qui se dessèche à la lumière en une masse d'un bleu verdâtre clair, mais qui, sous l'eau ou sous les acides étendus, reprend une teinte un peu plus foncée. Elle est peu soluble dans l'eau, l'alcool, etc. Elle a toutefois une saveur amère ; les alcalis la transforment très-promptement en ulmine : elle se dissout avec une couleur rouge de sang foncée, dans l'acide sulfurique concentré ; elle donne avec l'acide nitrique concentré incolore, une belle couleur, qui varie du rose au rouge carmin. L'acide nitrique, en excès, la dissout avec une couleur jaune, et si *dès le commencement* on ajoute de l'eau à cette dissolution ou à celle de l'acide sulfurique, on parvient à reproduire la matière colorante presque sans altération.

Mais la formation du bleu de cétrarin n'a pas lieu lorsqu'on fait passer du gaz acide hydrochlorique sec sur du cétrarin, ou bien qu'on chauffe ce dernier dans une atmosphère de ce gaz. A la température ordinaire le cétrarin n'en absorbe pas du tout ; lorsqu'on chauffe il se fond imparfaitement, brunit et se charbonne en donnant lieu à un dégagement d'hydrocarbure de chlore, ainsi qu'à la production d'un liquide rouge orange et d'une masse demi-solide, d'un rouge carmin magnifique.

Les acides galliques et tanniques n'opèrent pas de changement sensible dans les solutions de cétrarin. Ce corps peut se combiner, dans des proportions fixes, avec les alcalis et les terres alcalines sans détruire leur réaction sur les matières colorantes végétales. Il appartient donc à la série électro-négative des substances organiques. Les dissolutions des alcalis dissolvent le cétrarin avec une extrême facilité; mais ces combinaisons ont une grande tendance à se changer en ulmates ; aussi, pour les obtenir pures, le meilleur procédé consiste à mettre le plus possible de cétrarin dans une solution très-étendue d'alcali, et à ajouter ensuite un acide, l'acide acétique surtout, à la solution, jusqu'à ce que celle-ci ne soit que très-légèrement acidule. Le sel ammoniacal principalement est très-facile à obtenir pur par ce procédé, et avec un aspect jaunâtre presque cristallin. Par des dissolutions réitérées dans l'alcool bouillant, etc., on l'obtient dans le plus grand état de pureté.

Le cétrarin et ses combinaisons analogues aux sels colorent et précipitent en rouge les sels de fer, en verdâtre ceux de cuivre, en blanc ceux de plomb et d'argent. La solution alcoolique de cétrarin est aussi précipitée plus ou moins promptement, et plus ou moins abondamment par l'acide arsénieux, et par les sels de cobalt, de nickel, de zinc, de cadmium, et de protoxides de mercure et de manganèse. Les sels de deutoxide de mercure, le cyanure et le cyanide de potassium, etc., sont sans action visible sur cette solution ; elle précipite en noir la dissolution d'or, et en lilas celle de platine, mais seulement au bout de plusieurs heures.

Elle n'opère aucun changement dans les solutions alcooliques de bases organiques.

Desséchée dans l'appareil de M. Liebig, la combinaison du cétrarin avec l'oxide de plomb exempt d'acide carbonique n'a éprouvé aucune perte de poids.

0,166 grm. de la combinaison parfaitement sèche du cétrarin avec l'oxide d'argent ont donné . . . . 0,0160 argent.

0,200 . . . . 0,0194 »

D'après ces résultats, cette combinaison est formée de

			Exp. I	Exp. II
1 Ag.	= 1451,607	10,3888	10,3516	10,4176
1 cétr.	= 12521,075	89,6112	89,6484	89,5824
1 Ag. cétr.	= 13972,680	100	100	100

Calculée d'après ces nombres, la capacité de saturation n'est que de 0,798, et si l'on peut en effet considérer comme neutre la combinaison du cétrarin avec l'oxide d'argent, ce corps posséderait le plus fort poids atomique de toutes les substances organiques connues jusqu'à ce jour.

OBSERVATIONS SUR LES BAINS DE BARÉGES ARTIFICIELS.

Plusieurs journaux politiques ont annoncé, tout récemment, *des bains de Baréges inodores du docteur Quesneville*. Ces annonces, étant conçues dans des termes propres à jeter de l'incertitude dans les esprits, sur la véritable nature des bains de Baréges, et attribuant d'ailleurs à M. Quesneville l'idée première de préparer ces bains avec l'hydro-sulfate de soude cristallisé, tandis que cette idée, déjà ancienne, ne lui appartient à aucun titre, il m'a paru nécessaire de rappeler l'origine de cette innovation et les travaux chimiques dont elle a été la conséquence.

A l'époque où M. Anglada réunit et publia en un seul ouvrage les huit Mémoires qu'il avait successivement fait paraître pendant le cours des années précédentes, sur les eaux sulfureuses et thermales des Pyrénées, je fus tellement frappé de la nouveauté et de l'importance des résultats de ses recherches, que je n'hésitai pas à en publier un résumé analytique dans le numéro de juin 1831, du journal de pharmacie.

La découverte de l'hydro-sulfate de soude dans les eaux des Pyrrénées était, sans contredit, la conséquence la plus saillante des observations du docteur Anglada; elle ne permettait plus d'admettre que ces eaux étaient minéralisées par l'hydrogène sulfuré, encore moins de chercher à les reproduire artificiellement, soit avec de simples solutions de ce gaz dans l'eau, soit avec des mélanges de Poly-sulfures d'alcalins et d'acide sulfurique ou chlorhydrique. L'hydro-sulfate de soude devait remplacer ces équivalents imparfaits. Je me suis occupé immédiatement de mettre en pratique cette application des données de l'analyse à la fabrication des eaux sulfureuses artificielles pour boisson et pour bains, dans l'établissement du Gros-Caillou, et c'est dans ce but que je me suis livré à de nouvelles recherches sur l'eau naturelle de Baréges et sur l'hydrosulfate de soude. Ces recherches, qui ont été consignées en 1831 et 1832 dans les tomes 17 et 18 du journal de pharmacie, pages 365 et 57, ont confirmé la composition de l'hydro-sulfate de soude, telle que M. Anglada l'avait annoncée, et m'ont conduit à proposer, pour la préparation des bains artificiels de Baréges, une formule qui depuis 1832 n'a pas cesé d'être suivie au Gros-Caillou et qui vient de recevoir la sanction du nouveau codex dont les auteurs l'ont exclusivement adoptée (1).

« Cette formule, dit le nouveau codex, donne un bain incolore, *d'une* » *odeur légèrement hydro-sulfurée*, et qui diffère totalement par sa » composition du bain sulfureux ordinaire que l'on prépare avec le sul- » fure de potassium, obtenu à l'aide du soufre et de la potasse. »

Je ne m'arrêterai pas à faire ressortir les conséquences des observa-

(1) Dans sa circulaire adressée à la plupart des médecins de Paris, M. Quesneville semble dire que l'hydro-sulfate de soude est le seul sel contenu dans les eaux de Baréges, tandis que ces eaux renferment aussi des hydrochlorates et des carbonates de la même base, et que le nouveau codex donne pour préparer ces bains la formule suivante :

Sulfate de sodium cristallisé.	deux onces.
Carbonate de soude cristallisé.	deux onces.
Chlorure de sodium.	deux onces.
Eau pure.	dix onces.

pour un bain de trois cents litres. (*Note du rédacteur.*)

tions qui précèdent, les faits que j'ai rappelés parlent assez d'eux-mêmes pour me dispenser de ce soin ; je me contenterai d'ajouter que les bains de Baréges ne peuvent être *inodores*, puisque l'eau naturelle ne l'est pas à la source ; que l'odeur sulfureuse est inhérente à la substance même de l'hydro-sulfate de soude, et qu'il suffit de faire usage des prétendus bains inodores, pour être aussitôt convaincu qu'ils ne sont inodores que sur leurs annonces.

Félix Boudet.

FORMULE D'UN SIROP DE CODÉINE, PAR M. CAP.

Les auteurs du nouveau *Codex* n'ayant pas donné la formule du sirop de codéine que quelques médecins prescrivent assez fréquemment, M. Gap a cru utile de publier celle qu'il suit depuis plusieurs années, ainsi que le procédé qu'il a adopté pour cette préparation.

Pr.	Codéine cristallisée.	24 grains.
	Eau distillée.	4 onces.
	Sucre très-blanc, cassé en petits morceaux.	8 onces.

On réduit la codéine en poudre impalpable dans un mortier de verre ou de porcelaine. On la triture avec le tiers environ de l'eau prescrite ; on laisse déposer, et l'on décante. On reprend le résidu avec le second et le troisième tiers de l'eau, et l'on réunit le tout dans un petit matras, dont on couvre l'ouverture avec un morceau de parchemin mouillé, percé d'un trou d'épingle. On chauffe au bain-marie jusqu'à ce que la codéine ait entièrement disparu ; on retire le matras du feu pour ajouter le sucre ; on couvre de nouveau l'ouverture, et l'on agite, en plongeant parfois le matras dans le bain-marie, jusqu'à ce que le sucre soit complétement fondu. On filtre alors le sirop au papier, dans un endroit frais, et on le conserve par les moyens ordinaires.

Ce procédé a pour but d'éviter le contact prolongé du feu, qui aurait ici plus d'un inconvénient. Si l'on mettait la codéine seulement concassée avec de l'eau chaude, elle y resterait longtemps sous forme de globules huileux avant de se dissoudre, tandis que, réduite en poudre fine, elle se dissout à une assez faible température. En second lieu, si l'on opérait la solution du sucre à chaud, le sirop se colorerait sensiblement.

Chaque once de sirop contient deux grains de codéine, suivant la dose de M. Barbier d'Amiens.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION CURIEUSE D'UNE SIXIÈME DENTITION.

La nature suit dans le plus grand nombre des cas une marche uniforme et régulière dans le travail de la dentition. Cependant il n'est pas rare de la voir s'écarter de sa route sans que pour cela il en résulte de graves inconvénients pour les enfants.

Ainsi, quoique l'éruption des premières dents ne commence ordinairement que vers le sixième mois après la naissance, on voit quelquefois des enfants apporter, en venant au monde, quelques incisives; d'autres, au contraire, ne commencent à percer les mêmes dents qu'au bout d'un, deux, trois ans, et même plus tard. Mais, dans un âge plus avancé tout se régularise, et ceux qui ont présenté une dentition tardive se trouvent au même niveau que les sujets dont la dentition a été prématurée.

Quelques incisives offrent aussi beaucoup d'anomalies sous le rapport du nombre des dents, tant dans la première que dans la seconde dentition. Je ne m'étendrai pas sur ce sujet dont on pourrait faire un gros volume. D'ailleurs les auteurs ont publié un grand nombre d'observations curieuses qu'il est facile de consulter (1). On cite des individus ayant eu une double rangée de dents en haut et en bas, et même un plus grand nombre encore. D'autres ont eu beaucoup moins de dents que la nature ne nous en accorde ordinairement, et quelques-uns enfin n'en ont pas eu du tout pendant toute leur vie.

Les dents ont encore présenté de grandes irrégularités dans leur position, leur implantation. Quelques-unes, et particulièrement les dernières molaires, dites de sagesse, ne sortent pas toujours de l'alvéole, et restent enfouies toute la vie dans l'os maxillaire. Souvent aussi ces mêmes dents peuvent être plantées de plusieurs manières différentes et anormales, par exemple la racine en l'air et la couronne en bas.

Ces petits os ont aussi été vus, mais fort rarement à la vérité, occuper des endroits qui ne leur sont pas destinés. On a rencontré des dents à la voûte palatine, dans l'os de la pomette, dans les sinus maxillaires, dans l'orbite, dans l'estomac, dans la matrice, dans les ovaires.

---

(1) Voir la thèse de M. Blandin de l'Hôtel-Dieu, présentée au concours pour une chaire d'anatomie. Paris, 1836. C'est un abrégé rapide et lumineux de tout ce qui a été écrit et découvert sur les dents jusqu'à ce jour.

Les personnes les plus étrangères à la médecine n'ignorent pas que les enfants sont soumis à deux dentitions. La première commençant peu après la naissance fournit vingt dents, dites caduques, temporaires, infantiles ou de lait, et la seconde, commençant ordinairement à sept ans, non seulement fournit vingt dents qui doivent remplacer les caduques, mais donne encore douze autres dents dont quatre, les dernières molaires, dites de sagesse, ne font éruption qu'à vingt ans environ, plus tôt ou plus tard, ce qui complète le nombre de trente-deux dents dévolues à l'espèce humaine. Là se borne ordinairement le travail de la nature.

Cependant les auteurs citent des individus de tout âge auxquels des dents tombées ou extraites sont repoussées une troisième et même une quatrième fois; mais ces dentitions sont presque toujours incomplètes; c'est un renouvellement isolé de quelques dents plus nuisibles qu'utiles aux vieillards. On trouve enfin aussi, beaucoup plus rarement sans doute, des observations de troisième (1) et même de quatrième (2) dentition entière, c'est-à-dire de toutes les dents, de séries dentaires complètes.

J'ai maintenant sous les yeux, dans le pays que j'habite, un enfant âgé de bientôt treize ans que j'ai vu élever depuis sa naissance, et qui commence en ce moment une sixième dentition. Cette observation, sans être fort instructive, m'a paru devoir être publiée, en ce sens que je la c ois unique dans la science, et qu'elle est entourée de toute l'authenticité désirable.

Eugène Cavillon, aujourd'hui au milieu de sa treizième année, issu de parents jeunes et sains, bien constitué et bien portant lui-même, est arrivé sans accident jusqu'à sa neuvième année, et vers cette époque a terminé sa deuxième dentition. Peu après plusieurs dents devinrent vacillantes, tombèrent et laissèrent voir en leur lieu de nouvelles dents de remplacement; les vingt-huit dents furent renouvelées dans un espace de temps assez court. De dix à onze ans le même phénomène se reproduisit une deuxième fois. De onze à douze ans même chute de toutes les dents, même remplacement par des dents nouvelles; enfin aujourd'hui que cet enfant atteint sa treizième année, une sixième dentition commence : la première grosse molaire droite inférieure tombe chassée par une semblable déjà très-visible.

Les dents qui tombent n'ont pas de racine; elles sont usées, corrodées et détruites. Leur chute et leur éruption a lieu dans l'ordre ordi-

(1) Fauchart, dans son ouvrage intitulé : *le Chirurgien-Dentiste.*

(2) Eustache, l'anatomiste.

naire. L'enfant est bien portant et n'éprouve aucun dérangement. Les gencives, champ d'un travail continuel, sont un peu rouges et gonflées. Les dents sont petites, blanches et régulièrement rangées.

Je regarde cet exemple de sixième dentition comme le seul qui ait été publié, et pourrait-on raisonnablement affirmer aujourd'hui que d'autres dentitions ne se succéderont pas chez ce jeune enfant. Dans tous les cas j'aurai soin d'en donner acte à votre estimable recueil, pour compléter cette observation.

LISON, D.-M.,
à Donzi (Nièvre).

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE PRATIQUE DES GOUTTEUX ET DES RHUMATISANS, ou Recherches sur les meilleures Méthodes de traitement, curatives et préservatives des maladies dont ils sont atteints; par J.-H. Reveillé-Parise, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc. 1 vol. in-8°.

Il n'est pas un médecin, pas un praticien tant soit peu exercé qui ne sache combien la goutte et le rhumatisme sont deux maladies fréquentes, opiniâtres, mobiles, variées, quelquefois insaisissables dans leur nature, dans leurs formes, leurs symptômes, et souvent aussi d'une très-difficile guérison. On n'ignore pas non plus que si la science est riche de faits, d'observations, de moyens curatifs sur ces deux affections, toutes ces richesses se trouvent, pour ainsi dire, enfouies, perdues dans une foule d'ouvrages que peu de praticiens ont le temps de lire ou d'analyser. M. Reveillé-Parise leur a donc rendu un véritable service, en réunissant dans un tableau peu étendu les méthodes curatives, pharmaceutiques et hygiéniques qui ont une valeur réelle. « Ainsi, dit-il, à l'aide du temps, de la patience, de l'observation, de l'application réitérée, j'ai fait de constants efforts pour passer au *crible de l'expérience* une foule de méthodes de traitement, de procédés curatifs, pour examiner, sans prévention, un grand nombre de médicaments, de formules de remèdes; tenir la balance entre les assertions hautaines, affirmatives des systématiques, et les courtes et stériles vues des empiriques; reconnaître ce qui est bon, ce qui est peu fondé, ce qui est hors de toute probabilité médicale; arriver, en un mot, au vrai, aux réalités pratiques, au *produit net.* » Nous pouvons assurer que ce plan, si vigoureusement tracé, et si bien exposé, a été suivi de point en point avec une constance et une logique qui font honneur au jugement de l'auteur. Nos lecteurs ont dû remarquer plusieurs morceaux de l'ouvrage de M. Reveillé-Parise

qui ont paru dans notre journal ; non-seulement l'auteur les a refondus, mais il y a joint une partie bien importante, celle des moyens hygiéniques. L'étude des agents modificateurs de notre économie est d'autant plus essentielle quand il s'agit de la goutte, que l'auteur part toujours de cet excellent principe, que, pour guérir l'affection arthritique, il faut modifier l'économie dans un sens inverse de celui qui a produit la maladie ; c'est là le point d'appui, l'ancre de salut dont il ne faut jamais se dessaisir. On lira certainement avec le plus vif intérêt ce que l'auteur dit à ce sujet. En résumé, des résultats pratiques, des vues utiles, des préceptes importants, des vérités d'application, voilà ce que les praticiens trouveront dans cet ouvrage, peu étendu, mais plein et substantiel, ouvrage empreint de ce cachet d'élaboration sévère et d'esprit positif, qui témoigne qu'on a atteint le but, celui d'être utile.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur la résolution de quelques tumeurs du sein. — Nous ne nous lasserons jamais de répéter aux chirurgiens que ce n'est pas tout de faire une opération avec habileté et célérité. Le *cito* et le *jucundè* sont importants sans doute, mais moins à nos yeux que le *tutò* de l'axiome, qui renferme pour nous toute la chirurgie. En effet, qu'importe qu'un coup de bistouri soit promptement donné et avec grâce, s'il doit entraîner la mort du malade ; ce qu'il importe c'est d'agir sûrement, c'est-à-dire de ne faire une opération que lorsqu'elle est indispensable, d'employer tous les moyens médicaux propres à l'éviter, avant d'en venir à la dernière ressource, le fer ou le feu ; et, dans ce cas extrême, ce qui importe encore c'est de préparer le malade, en interrogeant son idiosyncrasie, l'état de ses organes, son moral, ses forces, etc. ; c'est d'enlever d'avance tout levain de maladie existante, qui pourrait prendre plus d'importance et compromettre les jours du malade par suite de l'ébranlement profond qui va lui être imprimé par l'opération. Que si ces sages préceptes étaient suivis par nos chirurgiens, nous n'aurions pas à gémir quelquefois sur des désastres qui sont la conséquence rigoureuse, nécessaire, de la pratique de ceux qui ne considèrent le corps que comme une masse inerte, et qui coupent une jambe ou un bras sans plus de façon que s'ils avaient à scier le pied d'une chaise ou d'une table. Arrière ceux-là, ce sont de véritables fléaux !

Heureusement les chirurgiens dont nous parlons sont rares. Les principes les plus propres à les tenir en garde, contre les dangers de

cette matérielle chirurgie d'artiste, sont inculqués avec soin aux élèves. Nous en voyons tous les jours les fruits à la Charité, à la Pitié.

Dans ce dernier hôpital l'on voit dans ce moment, dans les salles de M. Lisfranc, sept ou huit femmes portant des engorgements et des tumeurs suspectes du sein. Quelques-unes de ces malades auraient subi certainement l'ablation de la glande, si au lieu de temporiser et d'employer tous les moyens médicaux rationnels, on se fût laisser guider par l'état primitif du mal. Eh bien! presque toutes ces malades guériront sans opération sanglante, et deux, trois, quatre mois de soins auront obtenu la résolution complète chez quelques-unes, presque entière chez d'autres de l'engorgement du sein. Le traitement employé chez ces malades consiste, tant qu'il y a de la douleur, dans l'application, chaque cinq, six, huit jours, d'un petit nombre de sangsues, et dans des cataplasmes de farine de graine de lin, et d'une décoction de feuilles de morelle; lorsque la douleur a diminué, on a recours aux résolutifs, et on donne la préférence à l'iodure de plomb, incorporé dans de l'axonge, dans la proportion de un à deux gros par once de corps gras. La malade fait des frictions matin et soir sur la tumeur, avec demi-gros ou un gros de cette pommade; lorsque la douleur a disparu, M. Lisfranc a recours à la compression méthodique du sein, selon la méthode de M. Récamier. Pendant tout le cours du traitement, les malades prennent six onces de suc d'herbe tous les matins, et dans la journée de la tisane de saponaire; un purgatif salin leur est administré de temps en temps.

C'est avec ces moyens habilement maniés et employés avec persévérance que M. Lisfranc est parvenu à faire résoudre des tumeurs, que de prime abord on aurait jugé devoir être enlevées par le bistouri : nous avons vu des exemples de l'efficacité de cette méthode, notamment aux numéros 19, 26 et 30 de la salle Saint-Augustin.

Rupture de la rotule par effort musculaire. — Les faits de cette nature sont assez rares pour que nous rapportions celui que nous avons observé aux Invalides, dans le service de M. Pasquier fils, chirurgien en chef. Un militaire âgé de quarante-neuf ans descendait, le 21 juin dernier, d'un des trottoirs du Pont-Neuf, lorsqu'il fit un faux pas. Sentant qu'il allait tomber en arrière, il fit un violent effort pour jeter le tronc en avant, regagner l'équilibre et empêcher la chute. Il y parvint, à la vérité; car il ne tomba que sur les fesses, et la tête ne porta point; mais lorsqu'il essaya de se relever, cela lui fut entièrement impossible; et il fut oblige de se rasseoir. Il fut placé dans une voiture et transporté à l'Hôtel des Invalides, où le lendemain à la visite, on reconnut

une fracture transverse de la rotule, déterminée par la force musculaire. Aucun accident d'ailleurs n'a accompagné cette fracture, et aussitôt que le gonflement du genou a été dissipé, on a appliqué l'appareil inamovible et la fracture a été consolidée. Cette observation offre de l'intérêt sous le rapport de la cause de la lésion; elle confirme ce que disait Boyer, savoir : que la chute, dans le plus grand nombre des fractures de la rotule, est l'effet et non la cause de la rupture de cet os.

Pommade de goudron. — La pommade de goudron, proposée par M. Emery dans le psoriasis, continue à donner les meilleurs résultats dans le traitement de cette maladie, soit dans les salles de l'hôpital Saint-Louis confiées au médecin que nous avons nommé, soit dans d'autres hôpitaux de la capitale. M. Fleury, interne à la Maison-Royale de Santé, nous a montré dernièrement un nouvel exemple de la prompte efficacité de ce moyen.

Mademoiselle V...., âgée de vingt-huit ans, portait, depuis dix années, un psoriasis rebelle. Tous les traitements avaient échoué; les anti-phlogistiques, les purgatifs répétés, les vésicatoires, les cautères, les applications saturnines, les pommades soufrées avaient été inutilement mis en usage, à Rouen, lorsque la malade se décida à venir à Paris et à entrer à la Maison-Royale de Santé. Elle était très affaiblie par le régime et les divers traitements qu'elle avait suivis; de larges plaques de psoriaris existaient sur les genoux et sur les coudes; le dos, la poitrine, le ventre et les cuisses étaient couverts de taches nombreuses de *psoriasis guttata.* La limonade sulfurique, les bains sulfureux, les douches de vapeur, la solution arsénicale de Fowler, portée jusqu'à la dose de dix gouttes par jour n'amenèrent aucune amélioration. Au bout de deux mois de l'usage de ces médicaments, la malade était dans le même état que lors de son entrée; la sécrétion épidermique était toujours aussi épaisse; les squammes ne s'étaient point détachées, et de nouvelles taches apparaissaient au contraire sur le cuir chevelu et sur le front.

Le 28 juillet dernier, on cessa le traitement suivi jusqu'alors et on eut recours à la pommade de goudron. Au bout de quinze jours, la malade était complétement guérie; la peau avait repris toute sa souplesse et son aspect normal.

Bains de ciguë. — M. Fantonetti a inséré dans un journal italien, publié à Venise, un mémoire sur les bons effets des bains de ciguë dans les affections de la peau aiguës ou chroniques. Il s'en est servi, dit-il, avec succès dans l'erythème, l'impetigo, le psoriasis, le lichen;

et il a calmé par le même moyen les douleurs de goutte. Ce médecin regarde les bains et les lotions de décoction ou d'infusion de ciguë comme fort calmants, résolutifs et dessiccatifs; il en a fait l'expérience un assez grand nombre de fois et rapporte plusieurs observations à l'appui de ce qu'il avance : ce remède agit promptement et ne produit jamais d'accidents quand on sait s'en servir. On prépare le bain de ciguë en faisant infuser dans de l'eau bouillante, dès la veille, ou bien bouillir, huit à dix pincées de ciguë sèche ou fraîche, dans huit à dix litres d'eau, qu'on verse ensuite dans l'eau de la baignoire, chaude à 26, à 27° R. Le malade doit y rester une heure ou deux; la baignoire doit être bien couverte à l'aide d'une couverture et d'un drap qu'on serre autour du cou du malade, afin que la vapeur ne lui occasionne pas des maux de tête ou des vertiges. D'après M. Fantonetti, la ciguë agit par le principe alcaloïde qu'elle contient; cela explique d'après lui pourquoi la décoction et l'infusion de cette plante sont également efficaces, car ce principe ne s'évapore point comme la partie volatile des plantes aromatiques qu'on emploie au même office. Dans les maladies cutanés les plus incommodes, M. Fantonetti regarde les bains de ciguë comme le remède calmant et contre-stimulant par excellence.

Greffe animale. — On possède des exemples curieux de parties qui, après avoir été entièrement séparées du corps, ont par leur juxtaposition repris la vie; mais c'étaient des doigts, des oreilles, des portions petites en général. M. Stévenson rapporta, dans le dernier numéro du Journal médical d'Edimbourg, un cas bien plus extraordinaire : il s'agit d'un Arabe qui, d'un coup de sabre, eut le bras pour ainsi dire abattu; ce membre ne tenait qu'à un simple lambeau de peau, à la partie interne, l'artère brachiale avait été divisée en même temps que le muscle biceps; le malade n'ayant pas voulu qu'on achevât l'amputation, M. Stévenson se vit obligé de tenter la réunion, quoique sans aucune chance. Il voulut d'abord voir si l'artère brachiale ne pourrait pas être liée; cette tentative était inutile. Il applique un tourniquet sans le serrer au-dessus de la blessure; il le confie à un aide, avec injonction de serrer si le sang réapparaissait; et alors il nettoie avec soin toute la plaie; on affronte les parties, et on met un appareil approprié avec des attelles. Pas d'hémorrhagie; la radiale, qui était insensible, commença à reparaître un peu le troisième jour. La plaie est complètement cicatrisée le vingt-sixième jour, mais la fracture n'est consolidée que le quarante-cinquième, et on n'ôte l'appareil qu'à cette époque. Aujourd'hui la guérison est complète, mais le membre est paralysé.

Ce fait établit, contrairement à ce qui avait jusqu'ici été cru possible, que, malgré la division des vaisseaux principaux, le greffement des gros membres peut avoir lieu. La circulation peut se rétablir dans ces cas, comme après l'opération de l'anévrisme.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES VARIOLES RÉGNANTES ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Depuis un mois environ, il règne dans la capitale des petites véroles qui ne laissent pas d'être assez graves. Ces varioles sont très-répandues parmi les enfants et parmi les adultes ; il en existe en ville, ainsi que dans la plupart des services dans les hôpitaux ; la généralisation de ces éruptions, l'uniformité de leur caractère et leur gravité, annoncent une épidémie variolique. En effet on en voit dans presque tous les hôpitaux ; à l'Hôtel-Dieu notamment il y en a dans toutes les salles : elles abondent dans les services de MM. Jadioux, Petit, Honoré, et dans celui qui est confié à M. Requin. A la Charité, il y en a dans les salles de MM. Fouquier et Rayer. En ville on en voit aussi, dans plusieurs quartiers ; mais, jusqu'ici du moins, il paraît qu'elles sont plus nombreuses sur quelques points que sur quelques autres : le septième arrondissement est plus maltraité que les arrondissements voisins. Nous tenons de M. le docteur Honoré que, dans l'arrondissement dont nous parlons, il a été enregistré, au rapport de M. le docteur Lembert, vingt-trois décès pour cette maladie dans l'espace d'un mois. L'épidémie n'est pas particulière aux sujets en bas âge, elle est étendue aux adultes sans distinction de sexe ; les vieillards seulement y paraissent moins susceptibles. Une circonstance fâcheuse, et que nous ne devons pas laisser ignorer, c'est que la maladie se déclare même dans les salles. Plusieurs sujets qui étaient à l'hôpital pour d'autres maladies en ont été frappés sans qu'ils aient pu en prendre le germe ailleurs. Sur le nombre des malades, plusieurs avaient été vaccinés ou avaient eu déjà la petite vérole.

La variole régnante est confluente, et par conséquent dangereuse ; nous avons déjà signalé le fait cité à M. Honoré par le docteur Lembert ; dans les hôpitaux on signale encore plusieurs décès très-rapides ; toutefois on compte aussi beaucoup de malades guéris, et dans le nombre de ces derniers il y en a de très-graves ; on peut en voir plusieurs de ce genre à l'Hôtel-Dieu et ailleurs. Nous citerons entre autres le malade couché au n. 18 de la salle Saint-Landry, dans le service de M. Honoré. Ce sujet gravement atteint avait la gorge prise et la respiration très-gênée. Des vésicatoires aux jambes amendèrent son état et facilitèrent la résolution complète de la variole. Dans le même service

on a vu une femme atteinte, comme les autres, d'une variole confluente, et dont l'éruption s'est affaissée tout à coup, qui a été guérie également contre toute attente. Maintenant reprenons l'ensemble des faits et signalons les traits principaux de l'histoire de cette variole, sous le rapport de la thérapeutique, en les faisant précéder d'un coup d'œil rapide sur l'état météorologique antérieur, afin d'éclairer, autant qu'il est en nous, l'étiologie de cette maladie épidémique.

On se souvient que l'été de cette année a été très-tardif. Au commencement du mois de mai, après un ou deux jours d'un temps doux, clair et chaud, le ciel est redevenu ce qu'il avait été pendant tout le mois d'avril, c'est-à-dire inégal, humide et froid; il a persisté dans cet état jusqu'au 17; depuis il s'est échauffé et s'est éclairci pendant un jour seulement, après quoi l'humidité, le froid et les pluies ont recommencé. En juin, la chaleur a été plus élevée que durant le mois de mai; cependant le fond de l'air, malgré ces vicissitudes, est resté froid jusqu'au 10. C'est alors seulement que l'été a paru naître; bien plus, la chaleur est montée brusquement, et s'est maintenue à cette élévation en s'entrecoupant toutefois de quelques orages jusqu'à la fin du mois. Pendant tout le mois suivant, le froid a dominé, à l'exception de quelques heures de chaleur dans l'après-midi. Tout le mois de septembre a été rempli d'alternatives de froid et de chaud, de sécheresse et d'humidité, jusqu'au 28. A dater de cette époque, le temps est devenu chaud en restant humide; depuis quelques jours, il s'est dérangé de nouveau, et au moment où nous écrivons il est froid, et, quoiqu'il y ait un assez beau soleil, il est humide le matin, et reste froid dans le reste de la journée. En résumé, l'été de cette année a été tardif, les chaleurs ont été brusques, peu durables, interrompues par des pluies et des vents froids, auxquels ont succédé irrégulièrement des états atmosphériques opposés. C'est sous l'influence de ces vicissitudes incessantes que la variole épidémique s'est déclarée.

Cette variole débute en général par des douleurs dans les membres, par des alternatives de froid et de chaud, par une céphalalgie et des envies de vomir. Elle manque souvent de ces symptômes que Sydenham regardait comme caractéristiques, nous voulons parler de la douleur épigastrique; elle n'est pas annoncée non plus par ces symptômes spasmodiques qu'il a eu soin de noter. Après deux ou trois jours de ces préludes, l'éruption paraît sous la forme de petits boutons rouges, s'élevant de plus en plus, comme à l'ordinaire, en commençant par affecter les jambes, les bras et la poitrine, pour se propager ensuite aux extrémités inférieures. Après l'éruption, la fièvre qui avait marqué le commencement de la maladie, la fièvre, disons-nous, ne cesse point,

au contraire elle augmente. Dès ce moment elle se complique souvent avec une douleur à la gorge, signe de l'angine qui marche ordinairement avec les varioles dont nous parlons. Après un ou deux jours à compter du moment de l'éruption, la peau se gonfle, les boutons se développent, s'unissent en plaques, particulièrement à la face : c'est l'époque de la suppuration ; cette période paraît être la plus dangereuse, non-seulement par elle-même ; mais par l'inflammation de la gorge et l'engorgement des poumons, qui rend la respiration difficile, et menace de suffocation. Lorsque les malades meurent, c'est en effet vers cette période qu'ils succombent, et l'on trouve sur le cadavre le larynx et les bronches enflammés comme dans les plus violents catarrhes, et les poumons engorgés, avec des portions de leur substance dans un état d'hépatisation. Quant à l'éruption, quelque temps avant cette catastrophe, l'éruption pâlit et la peau s'affaisse ; ce signe, indépendamment de l'état de la respiration et de l'abattement des forces, précède presque toujours les cas mortels. Dans les cas heureux, la face enfle prodigieusement ; les boutons, blanchâtres, sphériques et fermes, sont distendus par la matière purulente ; les forces se soutiennent ; la fièvre se renferme dans de certaines limites, et la respiration, quoique gênée, n'inspire aucune appréhension. La maturation des boutons suit la même marche que leur éruption ; elle est complète à la face et au cou, quand les boutons sont encore tous dans les parties inférieures. Cette période passée, la variole se dessèche et les croûtes tombent spontanément. Cette dernière période n'est pas dangereuse comme celle de la suppuration ; cependant elle exige des soins, sans lesquels la maladie s'éternise par la formation d'une multitude d'abcès en divers points. On en peut voir un exemple à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n. 25. Ce varioleux, âgé de dix-huit ans, avait été atteint de la variole à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Louis ; après trois semaines, il était sorti parfaitement guéri ; cependant, au bout de ce temps, il a eu une éruption de furoncles et des abcès dans différentes régions qui l'ont obligé à se présenter à l'Hôtel-Dieu.

La variole actuelle bien traitée ne dure guère au-delà de vingt et un jours. Lorsqu'elle est plus grave, elle se prolonge bien plus loin ; voici ce que nous avons appris de plus positif touchant ce traitement. A l'entrée du malade, on débute avantageusement par une ou deux saignées, si la fièvre est vive et que le sujet soit jeune et vigoureux. Ces émissions sanguines facilitent l'éruption quand elle ne paraît pas encore, et favorisent la maturation quand elle existe déjà. Il y a du danger à multiplier trop ces émissions sanguines préliminaires, ou à les faire trop copieuses. Dans l'un et l'autre cas, on enraie les progrès d'une érup-

tion nécessaire, on provoque la prostration et l'on prépare une suppuration orageuse en enlevant à la nature ce qu'il lui faut de forces pour conduire les malades à la fin de l'éruption. Les émissions sanguines locales ne paraissent pas pouvoir suppléer aux saignées générales. S'il arrive pourtant, et les cas de ce genre se rencontrent, qu'une inflammation locale marche concurremment avec cette première période, les émissions sanguines, dans les points correspondants au siége de l'inflammation, sont indiquées. Mais il ne faut pas perdre de vue que ces inflammations ne sont pas pures et que conséquemment les émissions sanguines seulement leur suffisent. M. Honoré nous a parlé d'une petite fille chez laquelle la variole s'étant compliquée d'une violente angine, on eut recours aux émissions sanguines locales comme l'exigeait l'intensité de la phlogose gutturale, et l'usage de ces moyens employés avec tout le discernement possible n'a pu prévenir la mort. A l'ouverture du cadavre, le larynx de cette malade a été trouvé profondément ulcéré. Avec les saignées générales, un moyen fort simple d'aller au-devant du danger des éruptions difficiles consiste dans des applications de cataplasmes chauds autour des membres, en ayant soin de les renouveler assez tôt pour prévenir leur refroidissement. En admettant ces moyens, il faut savoir en outre que l'éruption des varioles est souvent empêchée par d'autres cas que par un éréthisme inflammatoire ou par quelques inflammations locales, que toute complication étrangère produit le même effet. Au nombre de ces complications, la plus fréquente après la saison qui se termine c'est celle d'un élément saburral et gastrique; dans les cas de cette espèce, le remède le plus efficace c'est un vomitif. Il y a dans les salles de M. Récamier des malades ainsi traités au début et qui ont dû à l'usage de l'émétique des varioles très-simples et très-bénignes. L'emploi des purgatifs ne peut remplacer l'usage de l'émétique; au contraire, le purgatif refoule les mouvements de la périphérie au centre, et, sous ce rapport, il est très-nuisible, tandis que le vomitif, outre les évacuations qu'il sollicite, favorise l'éruption cutanée en poussant les mouvements, comme tous les médecins le savent, du centre à la périphérie.

Si l'éruption est déjà faite et qu'elle marche sans obstacle, l'indication est de laisser faire la nature en se contentant de tenir les malades à la diète et aux délayans. La période la plus critique est celle de la suppuration; c'est dans cette période surtout que les malades périssent. Le danger vient de plusieurs sources; si le malade est trop faible, la suppuration s'arrête, l'engorgement de la peau se répercute, la poitrine s'embarrasse et le malade meurt suffoqué; si les forces sont trop actives, l'inflammation de la peau retentit sur la poitrine ou sur les méninges, et

le malade succombe encore. Il faut une habileté peu commune pour saisir le point où l'état des forces doit être maintenu. Cependant c'est là le nœud de la difficulté dans le traitement d'une maladie dont la nature seule doit faire les frais. En général, on a plus à perdre qu'à gagner à prodiguer à cette époque les débilitants de toute espèce. Le traitement le plus approprié aux circonstances exige l'emploi d'une stimulation soutenue et modérée, en ayant soin de suivre les tendances de la nature qui dirige tous ses efforts vers le travail de la suppuration des boutons. Dans ces dispositions, et lorsqu'il n'y a pas d'inflammations imminentes, on se trouve parfaitement de l'usage des épispastiques. Le lieu d'élection de ces topiques sont les membres pelviens; on sait la sympathie étroite qui lie ces parties à la tête et surtout à la poitrine; d'ailleurs le fait prouve que les vésicatoires aux cuisses ou aux jambes conjurent souvent les dangers les plus imminents. M. Honoré, qui a eu sous les yeux beaucoup de ces malades, se trouve fort bien de ce moyen. Il nous a cité entre autres un malade couché au n. 18 de la salle Saint-Landry; c'était un ouvrier âgé de vingt et un ans, qui était entré à l'hôpital le 28 septembre. Au milieu des symptômes d'une variole très-confluente, il avait une angine très-forte et la respiration très-difficile. L'application du vésicatoire aux cuisses dégagea aussitôt la poitrine et la gorge, et le malade, qui était en danger de périr, fut remis à flot.

A la fin de ces varioles, quand la dessiccation est bien établie, quelques purgatifs tendent très-bien à l'espèce de dépuration que la nature accomplit à cette époque. L'emploi de ces moyens prévient les abcès spontanés qui prolongent les suites de cette affection éruptive. C'est encore le moment de soutenir les forces des malades par quelques aliments de digestion facile secondés au besoin de quelques toniques légers. Tels sont les caractères généraux et le traitement convenable dans les varioles actuelles. Les principes thérapeutiques que nous recommandons ici n'ont rien d'absolu; ils doivent être modifiés suivant le besoin des circonstances. Nous n'avons parlé que des varioles régnantes, parce que ces éruptions sont les plus communes et les plus graves. Cependant, on observe aussi en même temps d'autres maladies; telles sont des bronchites, des pleurésies, et parmi les affections éruptives, des scarlatines et des rougeoles. Mais, nous le répétons, ces maladies ne sont pas graves, la nature les guérit aisément pour peu qu'on ne contrarie pas trop ses tendances. R.

BONS EFFETS DU TANNATE DE PLOMB DANS LES PLAIES ET ESCHARRES DU SACRUM PAR SUITE DU DÉCUBITUS PROLONGÉ.

Les plaies qui résultent du décubitus des malades dans les affections longues et graves guérissent on ne peut pas plus difficilement, et deviennent quelquefois, comme on sait, une complication sérieuse qui va jusqu'au point de faire rétrograder la maladie qui était en voie de guérison, et à compromettre de nouveau la vie du malade. Il n'est pas rare aussi que les excoriations gaugréneuses deviennent une nouvelle maladie après que celle qui en a été la cause a entièrement cessé. Il est inutile de s'étendre longuement sur les difficultés que les praticiens éprouvent à triompher de ces excoriations; c'est un point dont tout le monde est convenu. Les médecins allemands, frappés comme tous les autres des inconvénients majeurs qui en résultent, ont appliqué tous leurs soins à trouver les moyens de les guérir. Authenriett, à qui la médecine pratique et la matière médicale étaient déjà si redevables, avait proposé un moyen dont il disait obtenir les meilleurs résultats. Ce composé, qu'il préparait comme nous le dirons bientôt, avait été perdu de vue, lorsque M. le docteur Tott, son compatriote, l'a remis en faveur, en prouvant par des faits nouveaux qu'il méritait bien le cas qu'en avait fait Authenriett. Voici deux exemples, entre autres, où il lui a parfaitement réussi : l'un avait pour objet une jeune fille atteinte d'une fièvre nerveuse très-grave : les omoplates, les vertèbres, le sacrum, la fesse gauche, étaient devenus le siége d'escharres gangréneuses, dont quelques-unes très-étendues et très-profondes. Tous les autres topiques avaient échoué. M. Tott eut recours alors au tannate de plomb frais, dont il fit recouvrir toutes les plaies matin et soir; au bout de quinze jours elles étaient toutes cicatrisées. Le bourgeonnement avait marché avec une telle rapidité, que dès les premiers pansements il n'était déjà plus possible de reconnaître les endroits sphacélés.

La seconde observation a aussi pour objet une jeune fille atteinte d'une fièvre nerveuse. Cette maladie avait en plusieurs points, et notamment aux deux fesses, d'énormes ulcères gangréneux. Le tannate de plomb frais, quoique continué pendant huit jours, n'avait produit aucune amelioration. M. Tott eut alors l'idée d'incorporer ce même tannate de plomb desséché dans de l'onguent rosat, deux gros de tannate sur une once d'onguent, et d'appliquer cette pommade sur les escharres. Au bout de quatre jours, il se manifesta une belle granulation; mais la guérison complète des plaies n'eut lieu qu'après trois semaines. M. Tott a employé de nouveau sa pommade avec un succès beaucoup plus rapide

chez un jeune garçon de quatre ans, dont les plaies gangréneuses se sont cicatrisées au bout de huit jours. Il espère que la même pommade pourra réussir dans d'autres plaies ou escharres non gangréneux, mais avec un caractère atonique.

En effet le tannate ne réussit que dans les ulcères de cette classe. Les plaies accompagnées d'inflammation ne pourraient que s'aggraver par l'action de ce moyen. Lorsqu'on l'emploie contre les ulcères qui l'indiquent, il faut seconder son efficacité par le traitement approprié à la nature de la cause, car il serait absurde d'attendre du tannate seul la guérison d'ulcères scorbutiques, syphilitiques, ou des escharres par suite d'une fièvre adynamique, sans se mettre en peine d'employer, comme il convient, un traitement intérieur contre le scorbut, la syphilis ou la fièvre adynamique.

On prépare le tannate de plomb de la manière suivante : on verse goutte à goutte de l'acétate de plomb dans une décoction de chêne jusqu'à ce qu'il se forme un précipité ; on décante la liqueur et on se sert de ce qui reste déposé au fond du vase en l'étendant comme un onguent sur un morceau de toile. L'exemple de M. Tott fournit la preuve qu'on peut lui faire subir selon les cas des associations avantageuses. Ainsi ce médecin a constaté qu'en l'incorporant avec de l'onguent rosat, il avait réussi dans des circonstances où le tannate seul n'avait rien produit. Il est sans doute d'autres combinaisons où il pourrait avoir des succès analogues; par exemple, s'il était trop actif, on se trouverait bien probablement de remplacer l'onguent rosat par de l'axonge; c'est aux praticiens à prendre conseil là-dessus des cas particuliers qui se présentent. Il nous suffit à nous de poser le principe. Nous ne devons pas oublier d'ajouter que les pansements avec le tannate de plomb doivent être faits deux fois par jour à nu sur la plaie, et que cette substance doit toujours être fraîchement préparée.

DE L'EMPLOI DU GAZ ACIDE CARBONIQUE DANS L'AMÉNORRHÉE.

Par M. le docteur Furnari.

Nous avons déjà publié un article de M. le professeur Mojon sur le traitement de l'aménorrhée et des douleurs utérines qui précèdent et accompagnent l'évacuation menstruelle. Nous compléterons ce qui a été dit à ce sujet en donnant place à la note suivante, due à M. le docteur Furnari, touchant l'efficacité de fumigations intra-vaginales de gaz acide carbonique.

Ce fut M. Mojon, de Gênes, le premier, qui proposa ce nouvel agent thérapeutique dans des cas semblables. L'expérience ayant actuellement

placé ces fumigations parmi les médicaments qui ont une action très-prononcée sur les propriétés vitales de l'appareil génital de la femme, nous croyons rendre un vrai service à nos lecteurs en rapportant ici, le plus brièvement possible, les idées émises par le médecin italien, relativement à la manière d'agir de ce gaz sur l'économie animale et notamment dans les cas pathologiques dont il est ici question

Il est des femmes qui, sans être affectées d'aménorrhée complète, éprouvent, quelques jours et souvent quelques heures avant l'apparition du flux menstruel, des douleurs vives, poignantes, accompagnées de tortillements dans la région utérine, dans les reins et dans les cuisses. Ces douleurs sont surtout fréquentes dans les grandes villes, chez les filles d'un tempérament irritable, dont l'influence se révèle par une précocité menstruelle qui n'est souvent pas en harmonie avec les autres organes.

Dans d'autres circonstances, ce sont des jeunes femmes chez lesquelles le coït a surexcité les organes de manière que les règles ne coulent point ou coulent difficilement ; ce qui arrive aussi chez les femmes d'un tempérament sanguin, athlétique. Le docteur Mojon, professeur honoraire de l'Université de Gênes, attribue ces douleurs vives, aiguës, qui précèdent et accompagnent la menstruation, non-seulement à un état de surexcitation de tout l'appareil générateur, mais aussi à la qualité du sang qui le parcourt en tout sens, dans cette circonstance trop coagulable, et par cela même moins coulant dans les vaisseaux capillaires ou dans le tissu aréolaire qui doivent lui livrer passage dans les menstrues ; soit que cet écoulement sanguin ait lieu par un appareil perspiratoire particulier, soit par exosmose. Alors, dans ces *molimina menstruationis,* il peut souvent n'avoir lieu qu'un simple suintement anormal d'une mucosité coagulable.

Les pseudo-membranes de la cavité utérine dont parlent Morgagni, Chaussier, Denmann et Velpeau, n'ont ordinairement lieu que par l'épaississement ou le desséchement de cette même mucosité qui, en fermant l'origine des trompes, frappe souvent de stérilité les femmes sujettes aux coliques menstruelles.

On a conseillé contre ces affections divers moyens. Les emménagogues, proprement dits, bien loin de mettre fin à ces douleurs, les augmentent. Les saignées de pieds et l'application des sangsues à la vulve produisent souvent une surexcitation nerveuse qui augmente le malaise de la malade.

M. Mojon a proposé et employé avec succès le gaz acide carbonique. De même que plusieurs praticiens de l'école italienne, il considère ce gaz acide comme un puissant déprimant, *contre-stimulant*, ou

même, si l'on aime mieux, un excellent anti-phlogistique. Cette opinion, tout-à-fait opposée à celle d'un grand nombre de médecins, qui le croient un stimulant, a donné lieu, il y a deux ans, à une discussion assez vive au sein d'une savante société médicale de cette capitale.

Le physiologiste génois regarde ce nouvel agent thérapeutique comme capable de jeter l'organisme dans un état de prostration et de torpeur, de relâcher les tissus phlogosés, enfin de détremper, pour ainsi dire, la force de réaction que l'état inflammatoire donne à ces mêmes tissus. Il considère en outre le gaz acide carbonique comme propre aussi à diminuer dans le sang cette grande tendance plastique ou coagulable, qu'il offre toujours dans une partie quelconque atteinte de phlogose; car ce gaz fait réellement passer le sang de l'état artériel à l'état veineux.

Quand on examine avec soin ce qui se passe chez les animaux immergés dans le gaz acide carbonique, ou chez les chiens que l'on expose à la vapeur qui se dégage dans la *grotte du chien* à Naples, il est facile de voir que le gaz acide carbonique diminue l'action du système sanguin et de la fibre musculaire. Les individus qui ont survécu à l'asphyxie par l'acide carbonique éprouvent pendant longtemps une lésion dans les fonctions locomotives, et le sang qu'on tire de leur veine est plus fluide et plus bleuâtre qu'à l'ordinaire.

M. Mojon ne base pas son opinion sur une observation isolée, sa longue et brillante pratique lui a fourni l'occasion d'employer plusieurs fois ce moyen. Les expériences entreprises tout récemment, et avec succès par nombre d'autres cliniciens, viennent confirmer cette même opinion.

Ce n'est pas seulement dans les coliques menstruelles périodiques, mais aussi dans plusieurs phlegmasies, telles que les cystites, les ophthalmies, les métrites, etc., que ce médecin propose l'emploi de cet agent thérapeutique. Et qui sait si le soulagement qu'éprouvent les individus affectés de gastrite, en buvant de l'eau gazeuse acidulée, n'est pas dû à la propriété anti-phlogistique de l'acide carbonique dont cette eau est saturée?

Les recherches que nous avons faites sur les maladies des artisans et sur l'hygiène des professions nous ont fait mieux connaître l'action anti-phlogistique de l'acide carbonique. Les brasseurs, les fabricants de cidre, les fouleurs de vendanges, les vignerons et tous ceux qui travaillent dans une atmosphère chargée d'acide carbonique, sont sujets à une espèce d'apoplexie que nous avons désignée sous le nom de *coup de sang des brasseurs*, ou simple congestion de l'encéphale, qui est plus ou moins intense en raison de la demeure dans les cuves, de

l'époque de la fermentation, de l'âge et de la constitution des ouvriers. Voici la cause du coup de sang chez les brasseurs : ces individus vivant toujours sous l'influence de l'acide carbonique, la circulation dans la tête se fait avec lenteur et par conséquent le retour du sang au cœur éprouve des difficultés; et nous avons remarqué que cette espèce de coup de sang présente quelque analogie avec l'apoplexie des vieillards.

Depuis nombre d'années, les médecins anglais avaient fait usage avec succès du gaz acide carbonique dans le traitement de quelques maladies; mais sous un point de vue bien différent de celui dont il est envisagé par le praticien italien.

On prépare ces fumigations, dans les cas de douleurs utérines, en recevant dans le vagin l'extrémité libre d'une canule de gomme élastique surmontée d'un bout mamelonné par laquelle passe le gaz acide carbonique que l'on dégage du carbonate de chaux au moyen de l'acide sulfurique ou hydrochlorique affaibli.

Ces fumigations doivent être répétées deux fois par jour, pendant l'époque qui précède les règles; non seulement elles en régularisent le cours, mais encore elles font disparaître les douleurs qui les précèdent, les suivent ou les accompagnent. Rien n'est plus simple, moins dispendieux et plus aisé à pratiquer, que cette méthode de traitement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE QUELQUES SURDITÉS PAR LA CAUTÉRISATION DE LA TROMPE D'EUSTACHE ET DES PARTIES SUPÉRIEURES ET LATÉRALES DU PHARYNX;

Par M. Bonnet, chirurgien en chef (désigné), de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(*Deuxième article.*)

Surdités syphilitiques.

J'arrive à l'exposé des observations, et je commence par les surdités qui ont été précédées d'affections syphilitiques du pharynx ou des fosses nasales, et dépendent de l'oblitération de la trompe par suite de l'extension du mal à cette partie. Ces surdités sont toujours incomplètes, car le nerf auditif est intact, et quelques vibrations lui sont toujours transmises par les os. Aussi lorsque le corps en vibration est en contact immédiat avec ceux-ci, comme, par exemple, lorsqu'une

montre est appliquée entre les dents, le bruit que fait le mouvement de son balancier est aussi nettement perçu qu'il le serait dans l'état de santé, à une faible distance de l'oreille. Cette surdité incomplète n'existe souvent que d'un seul côté, et si elle les envahit tous les deux elle s'y fait sentir d'une manière inégale; car, ainsi qu'il est aisé de le prévoir, les ulcères et les inflammations du pharynx et des fosses nasales peuvent ne se propager à la trompe que d'un seul côté, et, si elles s'y étendent de l'un et de l'autre côté, elles le font toujours un peu plus ou à droite, ou à gauche. C'est peut-être dans ce genre de surdité que la cautérisation, comme moyen local, est le mieux indiquée, car la lésion qui la produit est la même que celle de la gorge, et celle-ci, sans aucun doute, est plus améliorée par ce moyen que par aucun autre.

Un menuisier, âgé de trente-trois ans, avait une blénorrhagie en 1832; en 1836 il en contracta une nouvelle : quelque temps après l'apparition de cette nouvelle chaude-pisse, il eut une éruption à la peau, des maux de gorge, de la difficulté à avaler, et une surdité avec bourdonnement de l'oreille gauche. Cette surdité disparut deux mois après, sans qu'on eût fait de traitement. Elle revint six mois plus tard, mais sans être précédée d'un mal de gorge distinct : elle durait ainsi depuis cinq semaines, lorsque le malade vint à l'hôpital pour être traité d'un abcès à l'aisselle. Lorsque après trois semaines de séjour il fut guéri de cet abcès, il nous fit remarquer une éruption de taches syphilitiques qu'il avait à la peau, et sa surdité du côté gauche dont je ne m'étais pas aperçu, l'oreille droite étant restée intacte. J'ordonnai de la tisane sudorifique et des bains de deuto-chlorure de mercure, que l'on porta successivement de deux gros à quatorze gros.

Pendant les quinze premiers jours de ce traitement, les taches à la peau devinrent moins sensibles, mais la surdité resta la même, toujours accompagnée d'un bourdonnement si fort qu'il rendait obscur l'ouïe du côté sain; le bruit d'une montre placée entre les dents se faisait du reste bien entendre de l'un et de l'autre côté. Je me décidai alors à commencer la cautérisation. La première fut faite avec des bourdonnets de charpie trempés dans du nitrate de mercure. Elle fut suivie, le jour même, d'une diminution très-sensible dans le bourdonnement, l'audition restant la même. Dans les jours qui suivirent, le bourdonnement revint peu à peu, et s'affaiblit de nouveau à une seconde cautérisation faite quatre jours après la première, et disparut entièrement à une troisième. Comme chacune de ces cautérisations avait été suivie de douleur dans les fosses nasales et de difficultés dans la déglutition, ce qui dépendait de ce que l'action du caustique n'avait pas été bornée à la trompe d'Eustache et aux parties qui l'entourent, j'attendis, pour le

reprendre, que j'eusse à ma disposition le porte-caustique, fait sur le modèle de ceux de l'urètre, que je faisais construire en ce moment ; ce qui m'obligea de renvoyer la quatrième cautérisation au seizième jour du traitement. Dans cet intervalle les bourdonnements reparurent un peu, et l'ouïe qui commençait à se rétablir s'affaiblit de nouveau, preuve évidente que l'amélioration était bien due au traitement local, puisqu'elle devenait moins marquée lorsque ce traitement était suspendu. Mais dès le seizième jour les cautérisations furent faites régulièrement tous les deux ou trois jours avec le porte-caustique au nitrate d'argent; elles produisirent à peine de la douleur; les bourdonnements se dissipèrent dès le dix-huitième jour, et cessèrent d'importuner l'oreille restée saine. L'audition, qui était presque complètement abolie du côté gauche, se rétablit graduellement, et après la neuvième cautérisation, le trente-deuxième jour du traitement, le malade, suivant son expression, entendait des trois quarts mieux. Satisfait de son état et pressé par ses affaires, il sortit de l'Hôtel-Dieu; je le vis un mois après, sa guérison s'était bien maintenue.

Comme chez ce malade il n'existait aucune lésion appréciable dans la gorge et le nez, la cautérisation était moins nettement indiquée qu'elle ne peut l'être dans quelques surdités syphilitiques, et son influence pourrait être révoquée en doute, si l'amélioration n'eût suivi immédiatement chaque application du caustique, et ne se fût affaiblie du moins dans le début du traitement, lorsqu'on s'éloignait du moment de ces applications. L'observation suivante, qui n'est point encore terminée, présente toutefois un résultat plus convaincant. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, affecté d'une syphilis constitutionnelle, pour laquelle il n'a subi aucun traitement régulier. Trois ans avant qu'il vînt à l'hôpital, il se développa à la gorge et dans les fosses nasales des ulcères et des inflammations qui, douze mois plus tard, en se propageant à la trompe, produisirent des bourdonnements et une grande peine à entendre des deux côtés, mais surtout du côté droit. De ce côté survint, au commencement de la troisième année du mal, une tumeur lacrymale due sans doute à ce que l'inflammation s'était propagée dans le canal nasal de ce côté.

Lorsque j'ai vu le malade pour la première fois, de larges ulcères grisâtres occupaient la paroi postérieure du pharynx; le nez était affaissé par la chute de quelques-uns des os de la cloison; l'haleine très-fétide, et la surdité plus marquée que jamais. Je le traitai intérieurement par la tisane sudorifique et les pilules de Dupuytren, et tous les deux ou trois jours je cautérisais avec des bourdonnets de charpie, imbibés de nitrate de mercure, non seulement les ulcères de la gorge

appréciables à la vue, mais tout le trajet des fosses nasales, des deux côtés, et les parties supérieures et latérales du pharynx auxquelles j'arrivai, tantôt par le nez et tantôt par la bouche. Une observation très-remarquable, c'est que, lors même que je cautérisais toutes ces parties à la fois, le malade n'éprouvait aucune douleur, soit que la désorganisation eût affaibli la sensibilité des parties, soit que les mucosités purulentes empêchassent l'action du caustique. Cependant, dès la troisième semaine de ce traitement, les bourdonnements cessèrent, après s'être graduellement affaiblis : l'ouïe était rétablie entièrement du côté droit. Dès la fin du premier mois, et aujourd'hui, commencement de la sixième semaine, elle est très-améliorée du côté gauche, le plus gravement affecté. Je dois ajouter que les ulcères de la gorge sont guéris, et que la tumeur lacrymale a diminué, bien que je n'aie agi que sur le meat inférieur, c'est-à-dire sur l'une des extrémités du canal nasal. Chez ce malade, comme chez le précédent, chaque cautérisation a été suivie, dès le lendemain, d'une amélioration sensible; et l'on peut dire que, s'il est des cas où la cautérisation des muqueuses qui entourent l'orifice de la trompe est rigoureusement indiquée, ce sont les cas semblables à celui que je viens de citer : là, autant que la nature des parties peut le permettre, l'œil suit la propagation du mal des muqueuses pharyngienne et nasale à celle de la trompe, et l'on voit que la maladie de ces muqueuses ne saurait être plus avantageusement traitée que par l'action des caustiques, ainsi que l'apprend une expérience journalière, et comme ce cas lui-même en fournit une nouvelle preuve.

Surdités catarrhales.

Les surdités catarrhales surviennent surtout dans l'enfance et la jeunesse, chez les personnes d'un tempérament lymphatique; l'impression du froid humide les produit et leur donne plus d'intensité chaque fois qu'elle se renouvelle. Ainsi que l'indique M. Itard, elles peuvent s'accompagner d'un embarras dans la voix, d'un ton nasillard, et d'une sécrétion abondante de mucosités dans l'arrière-gorge; comme toutes les surdités qui dépendent d'une obstruction de la trompe d'Eustache; elles sont incomplètes, plus marquées d'un côté que de l'autre et n'empêchent point la perception du bruit d'une montre placée entre les dents ou appliquée sur les os du crâne.

Le traitement ordinaire consiste dans l'emploi des moyens propres à fortifier la constitution, les purgatifs et les vomitifs, les révulsifs appliqués sur la peau, et particulièrement sur la peau du cou. Ces moyens sont le plus souvent inutiles, la cautérisation peut les seconder puissamment.

L'on m'amena un enfant âgé de dix ans, d'un tempérament lymphatique. Depuis trois mois, sa mère s'apercevait qu'il entendait moins distinctement, surtout du côté gauche. Elle était très-alarmée de cette diminution dans l'ouïe, qui n'était pas cependant très-sensible. Les sons d'une montre placée entre les dens étaient nettement perçus, preuve de l'intégrité du nerf auditif : un peu de difficulté dans la déglutition au début de la surdité indiquait que le pharynx avait été affecté; l'aspect lymphatique du sujet, son âge, un peu d'embarras dans sa parole, l'augmentation du mal par l'impression de l'humidité, m'engagèrent à ranger parmi les surdités catarrhales celle dont il était atteint. Je prescrivis l'exercice, une bonne nourriture, un vésicatoire au cou et une purgation avec deux onces de manne, répétée deux fois la semaine. Au bout de huit jours ce traitement avait produit une très-légère amélioration; je ne voulus pas employer la cautérisation sans avoir essayé ce que pouvait la médecine ordinaire; j'ordonnai un nouveau vésicatoire et de nouvelles purgations. Cependant, au quatorzième jour du traitement, l'amélioration étant à peine sensible, je fis par le nez une cautérisation sur les côtés du pharynx avec les bourdonnets de charpie trempés dans une solution de nitrate de mercure; je passai successivement dans l'une et l'autre narine. Le petit malade éprouva une sensation fort désagréable, et ce ne fut qu'à grand'peine que sa mère put me le ramener plus tard. Cependant cette cautérisation fut suivie d'une amélioration très-rapide et très-sensible; l'application de nouveaux vésicatoires au cou (les premiers étaient secs) me parut suffisante, je ne renouvelai point la cautérisation. Au bout de cinq semaines de traitement, la guérison fut complète. Je revis la mère un mois plus tard, elle me dit que l'intégrité de l'audition s'était bien maintenue. Elle avait remarqué que ce ne fut qu'à partir de la cautérisation du pharynx et de la trompe qu'une amélioration bien sensible s'était manifestée, et que la surdité avait commencé à s'affaiblir.

Pour bien apprécier ici les effets du caustique, il serait utile sans doute qu'il eût été employé seul, mais dans le traitement des malades on ne peut suivre la même marche que dans une expérience instituée uniquement dans le but de s'instruire; il faut avant tout employer les moyens que les travaux antérieurs ont consacrés, et ne recourir que dans leur insuffisance à ceux qui sont nouveaux et imparfaitement jugés.

A cette observation j'en joindrai une autre qui m'a été remise par M. Perrin, médecin de l'institution des sourds et muets, de Lyon. Lorsque je lui fis part de mes premiers essais sur la cautérisation de la trompe d'Eustache, dont au reste il avait eu l'idée avant moi (je l'ai montré plus haut), il s'empressa de faire construire les porte-causti-

ques, dont j'ai donné la description, et qui sont formés d'un tube extérieur et d'un mandrin portant une cuvette remplie de nitrate d'argent. Il s'en est servi sur plusieurs personnes qui sont venues le consulter dans son cabinet, mais qu'il n'a pas revues ; le seul traitement qu'il ait suivi est celui d'un enfant dont il m'a donné l'observation, je la transcris littéralement : Paul ***, d'une constitution lymphatique, fut atteint de la rougeole à sa cinquième année; cette maladie terminée, on s'aperçut qu'elle avait laissé pour reliquat une surdité de l'une et de l'autre oreille. Malgré différents traitements, successivement mis en usage, cette fâcheuse incommodité persistait encore à treize ans. Appelé à donner des soins à ce jeune homme, j'appris que la surdité augmentait dans les temps humides et froids. En examinant le pharynx, je trouvai la membrane muqueuse pâle et tapissée de mucosités ; il y avait enchifrènement. Ayant fait refouler l'air dans les trompes (la bouche et le nez étant exactement fermés), j'acquis la certitude que ces conduits se laissaient difficilement dilater; pour obtenir la sensation du refoulement et de la compression de l'air dans les cavités de l'oreille interne, il était nécessaire de répéter plusieurs fois cette épreuve. M'étant assuré par ces différentes explorations que cette surdité était de nature catarrhale, je me déterminai à employer la méthode que le docteur Bonnet a conseillée dans ce cas, et qui consiste dans la cautérisation de l'orifice des trompes et d'une partie du pharynx. En conséquence j'introduisis une sonde armée de nitrate d'argent dans les fosses nasales, jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache. Deux cautérisations furent pratiquées de cette manière sur l'un et l'autre orifice, en laissant entre chacune trois jours d'intervalle.

Cette opération eut tout le succès que m'avait annoncé le docteur Bonnet; une amélioration sensible eut lieu et s'est soutenue. Ce jeune homme, qui était sur le point de cesser ses études par suite de cette surdité, peut aujourd'hui les continuer, ayant retrouvé l'usage de l'ouïe. Je dois ajouter que, dans le but de modifier une constitution qui devait disposer le malade aux fluxions froides, je lui ai prescrit un régime tonique, l'usage des amers et des préparations martiales.

En terminant cette observation, M. Perrin ajoute que dans les surdités catarrhales les moyens généraux, tels que les purgatifs, l'émétique, les vésicatoires, le cautère, n'agissent que difficilement et imparfaitement, et qu'il espère beaucoup des effets de la cautérisation.

Surdités, suites d'otites.

Je passe aux surdités que l'on peut rapporter à une inflammation de la trompe d'Eustache et de la cavité du tympan, qui sont indépendantes

de la syphilis et n'ont pas le caractère des surdités propres aux personnes lymphatiques. Quand ces otites ont été précédées par des maux de gorge, qu'elles ne sont pas très-anciennes, la cautérisation peut être utile encore, comme on en jugera par les observations suivantes.

Claude Jonsi, âgé de quarante-sept ans, d'une forte constitution, vint à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'un ulcère à la jambe. Pendant son séjour, nous nous aperçûmes qu'il était complètement sourd de l'oreille gauche. Cet état durait depuis huit mois; étant accablé de fatigue et couvert de sueur, il s'était couché sur la terre fraîche, l'oreille gauche appuyant sur le sol. Dès le lendemain, il eut des frissons suivis de fièvre, de maux de gorge, de difficulté dans la déglutition, qui se maintinrent à l'état aigu pendant trois semaines; à l'époque où le mal de gorge se dissipa, l'oreille gauche commença à percevoir difficilement les sons et cessa bientôt de les entendre. Cet état durait depuis huit mois, lorsque, guidé par la marche qu'avait suivi le mal dans son développement, je pensai à cautériser la trompe d'Eustache et les parties qui l'environnent. Mes instruments étaient très-imparfaits alors, c'était simplement la tige de fil de fer à l'extrémité de laquelle j'attachais un peu de charpie trempée dans du nitrate de mercure; je passai cette tige à travers la fosse nasale gauche, et je cautérisai fortement sur la partie latérale et supérieure du pharynx, ainsi que sur l'orifice de la trompe. Cette cautérisation fut suivie d'une douleur vive, mais, au bout de cinq heures, le malade commença à s'apercevoir qu'il entendait mieux, et, par une amélioration vraiment étrange, dès le lendemain, il entendit bien et recouvra, le jour suivant, l'intégrité de ses perceptions. Cependant il resta, pendant cinq jours, souffrant dans les fosses nasales et ayant beaucoup de peine à avaler. Ces symptômes se dissipèrent, et, dans les vingt-cinq jours qu'il resta encore à l'hôpital pour le traitement de ses ulcères, la guérison de sa surdité ne se démentit pas. Ce fait, ainsi que le suivant, me fait penser que, sous le rapport du résultat, la cautérisation avec la charpie trempée dans du nitrate de mercure agit plus efficacement que la petite larme de nitrate d'argent placée à l'extrémité de mon porte-caustique perfectionné. Par l'étendue de la surface sur laquelle elle agit, elle atteint mieux le but que l'on se propose, mais elle est trop douloureuse et s'étend trop au-delà du point qu'on veut toucher.

Dans l'observation qui va suivre, l'otite était plus intense et accompagnée d'un écoulement de pus par le conduit auditif externe et probablement de la perforation de la membrane du tympan; la cautérisation ne porta que sur le pharynx; l'amélioration n'en fut pas moins très-marquée.

André Meunier, âgé de quarante-deux ans, avait eu, quatorze mois, avant son entrée à l'hôpital, une inflammation de l'arrière-gorge qui s'était prolongée pendant trois mois; six mois après la guérison de cette première inflammation, s'en était manifestée une autre qui ne dura que cinq semaines; et enfin, trois mois et demi plus tard, en survint une troisième, caractérisée, comme les premières, par la douleur dans la gorge, la difficulté de la déglutition et la fièvre; après six jours de durée, elle s'accompagna d'une douleur extrêmement vive dans l'oreille droite, qui cessa complétement de percevoir les sons. Cette douleur durait depuis huit jours, lorsque pendant la nuit le malade éprouva la sensation d'une rupture à la suite de laquelle il s'écoula par l'oreille externe une grande quantité de pus, dont la sortie produisit quelque soulagement dans l'intensité des douleurs, mais continua à se produire sans que son excrétion pût amener de l'amélioration dans l'ouïe. Ce fut avec cette surdité dans l'oreille droite, cette suppuration abondante par le conduit auditif externe du même côté, que le malade entra à l'hôpital, vingt-cinq jours après l'invasion des premiers symptômes du côté de l'oreille; les douleurs y étaient encore assez vives, mais ne se faisaient plus sentir dans la gorge. Évidemment l'inflammation qui avait débuté dans cette dernière partie s'était propagée dans la trompe d'Eustache, de là dans la cavité du tympan, et le pus formé dans cette cavité, ne pouvant s'écouler dans le pharynx, sans doute par suite du gonflement des membranes de la trompe, s'était fait jour à travers une perforation de la membrane tympanique.

Je cherchai à vérifier ces suppositions en plaçant une chandelle allumée vis-à-vis le conduit auditif externe du côté droit, et, engageant le malade à expirer avec force, le nez et la bouche fermés, aucun ébranlement ne fut communiqué à la flamme. Ce qui ne confirmait point le diagnostic, mais ne l'infirmait en aucune manière, car le gonflement qui avait empêché le pus de s'écouler par la trompe pouvait bien empêcher l'air de la traverser.

Jugeant donc que la cause de cette surdité était l'inflammation des muqueuses de l'oreille, je fis appliquer trois fois, et à deux jours d'intervalle, quinze sangsues derrière l'oreille droite, puis, au septième jour du traitement, un vésicatoire à la nuque; au huitième et au onzième, j'ordonnai une purgation ordinaire; le treizième jour, l'application d'un nouveau vésicatoire; sous l'influence de ce traitement, auquel je joignais les injections émollientes et les cataplasmes sur l'oreille, l'écoulement diminua un peu, mais la surdité n'éprouva aucune amélioration.

Nous étions ainsi arrivés au vingt-deuxième jour du traitement, cinq

semaines après l'invasion de la maladie de l'oreille, lorsque je pensai à cautériser le pharynx. Je voulus le faire avec une tige de six pouces de long, recourbée à angle droit dans l'étendue d'un pouce, à l'extrémité de laquelle j'attachai un peu de charpie trempée dans une solution saturée de nitrate de mercure. Je pénétrai par la bouche; mais, au moment où je voulus passer derrière le voile du palais, celui-ci se releva en s'appliquant avec tant de force contre la colonne vertébrale, que je ne pus aller au-delà et que, cherchant à franchir l'obstacle qu'il m'opposait, je le cautérisai fortement ainsi que la paroi postérieure du pharynx. Dès le jour même de la cautérisation, il se manifesta une salivation très-abondante; le malade souffrit beaucoup de la gorge et ne put avaler. Le lendemain, en regardant la paroi postérieure du pharynx, je la trouvai recouverte d'une couche de fausse membrane qui paraissait épaisse de deux lignes au moins; cependant la suppuration de l'oreille s'était déjà un peu ralentie, et l'ouïe semblait revenir. Cette amélioration fut très-marquée trois jours après la cautérisation; la salivation cessa presque entièrement; quelques fausses membranes commencèrent à se détacher, mais elles ne tombèrent toutes et la déglutition ne devint libre que six jours après l'application du caustique. A cette époque, la suppuration était arrêtée, et l'ouïe, qui s'était graduellement améliorée, y était presque aussi distincte que du côté gauche. Pendant la nuit, le malade crut s'apercevoir qu'en se mouchant l'air sortait par le conduit auditif externe; mais l'expérience que je fis le lendemain en exposant une chandelle au vent qui, dans l'expiration, la bouche et le nez fermés, pouvait sortir par son oreille, ne confirma pas l'idée de cette communication. Quoi qu'il en soit, dix jours après la cautérisation, l'ouïe fut parfaitement rétablie et se maintint dans cet état pendant une semaine que le malade resta encore à l'hôpital.

Je n'oserais assurer que, sans la cautérisation, l'audition n'eût pu se rétablir à la longue, quoique ce puisse être un sujet de doute; mais il est incontestable que la cautérisation hâta singulièrement la terminaison de cette maladie, et, ce qu'il importe bien de remarquer, c'est qu'elle ne s'étendit pas jusqu'à la trompe, mais se borna au pharynx et au voile du palais. Ce qui prouve bien qu'il suffit dans quelques cas d'agir sur les parties qui ont été le point de départ de la maladie de la trompe, pour que celle-ci guérisse comme si la cause de son mal avait été détruite. On voit aussi dans cette observation, comme dans la précédente, que, si une cautérisation énergique et étendue est douloureuse et suivie d'une inflammation assez vive, ses effets salutaires se font plus promptement sentir; et il n'est pas nécessaire d'y revenir comme dans les cas où l'action du caustique a été légère et peu étendue.

Tous les malades dont j'ai rapporté jusqu'ici l'observation ont été traités avec succès ; en voici deux autres sur lesquels le traitement a échoué :

Un homme de quarante-deux ans vint à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une dartre rongeante qui avait détruit une grande partie du nez.

Lorsque après deux mois et demi de traitement, la dartre rongeante fut bientôt guérie (la pâte arsénicale avait été deux fois appliquée sur l'ulcère), nous nous occupâmes d'une surdité presque complète des deux côtés qui avait commencé un peu plus tard que la dartre du nez; trois ans auparavant, quoiqu'un peu moins marquée à droite qu'à gauche, elle était telle que l'on ne pouvait se faire entendre du malade qu'en élevant beaucoup la voix. Je pratiquai la cautérisation par le nez et des deux côtés avec la charpie imbibée de nitrate de mercure. Une amélioration assez marquée eut lieu le jour même de cette cautérisation; elle s'affaiblit dans la soirée et disparut complétement le lendemain. Dans l'espace de deux semaines, je fis encore cinq cautérisations, les trois dernières avec le porte-caustique chargé de nitrate d'argent ; je n'obtins pas même une légère amélioration ; découragé par cet insuccès, je n'insistai pas davantage. Il est possible que la lésion, qui existait sur le nez et qui avait détruit la cloison, se fût étendue au reste des fosses nasales et delà à la trompe d'Eustache. S'il en était ainsi, on conçoit combien la lésion était grave et difficile à guérir. Le nez n'était cependant pas embarrassé et la respiration s'était conservée libre.

Je rencontrai aussi un homme de cinquante-cinq ans qui ne pouvait entendre qu'avec un cornet acoustique depuis dix ans, et qui n'avait jamais eu de maux de gorge. Bien qu'il perçût à peine le bruit d'une montre placée entre ses dents, je lui pratiquai deux cautérisations du même côté, à trois jours d'intervalle, avec le porte-caustique chargé de nitrate d'argent. Il ne ressentit ni douleur ni changement dans ses perceptions. Je n'insistai point, convaincu que tout succès était impossible; les conditions qui peuvent faire présumer la réussite de mon traitement n'existaient point chez lui.

Il existe deux espèces de surdités; celles qui dépendent d'une lésion des nerfs auditifs, et celles qui ont leur origine dans une altération des organes chargés de conduire les sons. Les premières sont à l'oreille ce que l'amaurose est à l'œil ; les secondes rappellent ces obstacles si multipliés qui dans l'organe de la vue peuvent s'opposer aux perceptions dont il est chargé, en altérant les milieux que traverse la lumière. Les surdités, suites de la lésion des nerfs auditifs ou des centres nerveux, occupent ordinairement les deux oreilles, surviennent particulièrement

daus la première enfanee et daus la vieillesse, et sont telles que le bruit d'une montre n'est pas mieux perçu lorsque celle-ci est placée entre les dents du malade que lorsqu'elle est à une faible distance de l'oreille. Les surdités qui dépendent des lésions dans les organes conducteurs du son sont celles qui surviennent surtout dans la jeunesse et l'âge adulte ; et, eomme les inflammations des muqueuses qui les produisent sont toujours plus marquées d'un côté que de l'autre, il y a inégalité dans la surdité des deux côtés, si même eelle-ei n'existe pas dans un seul ; ees surdités sont incomplètes, car les os qui entourent les nerfs supposés sains transmettent toujours une partie du son, et même lorsqu'elles existent, si l'ou place une montre entre les dents, la pereeption du bruit de eette montre est extrêmement nette parce que ses vibrations sonores sont transmises aux nerfs par les os, eorps solides et très-bons conducteurs, quel que soit l'état des membranes de l'oreille. Ce sont là les seules surdités que j'ai guéries, et parmi ces surdités dépendantes d'une lésion des conducteurs du son, ma méthode n'a réussi que dans celles qui reconnaissaient pour cause une altération de la trompe précédée ou aecompagnée de maladies syphilitiques, de catarrhes et d'inflammations ordinaires du pharynx et des fosses nasales. La plus ancienne avait deux ans d'existenee, la plupart des autres ne dataient que de trois à quatre mois, elles n'étaient pas complètes, ou si elles paraissaient l'être, bornées à un seul côté ; dans toutes, le nerf auditif était intaet.

Si le malade perçoit à peine le bruit d'une montre placée entre ses dents ; si la surdité presque complète date de plus de deux ans et si rien ne prouve que le pharynx et par suite la trompe soient altérés, comme dans les deux derniers eas que j'ai eités, il n'existe aucune chance de sueeès, et, pour ne point compromettre la méthode, il vaut mieux, je pense, ne pas la mettre en usage. A. Bonnet.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RECHERCHES SUR LA NATURE ET LES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES DE L'EAU MINÉRALE NATURELLE D'ENGHIEN.

Par M. O. Henri. (Extrait.)

Ce fut seulement en 1822 et 1823 que l'on créa à Enghien de vastes et beaux établissements de bains ; rien n'y fut épargné pour les rendre commodes et pour utiliser les précieuses ressourees que présentait eette eau sulfureuse. Les encouragements que reçurent ces établissements de

la part d'une foule de médecins célèbres et du public semblaient devoir leur assurer un plein succès qui, pendant les premières années, parut en effet ne pas se démentir ; mais diverses circonstances, indépendantes de la nature de l'eau minérale, ayant éloigné la plupart des malades, ces établissements cessèrent presque complétement d'être fréquentés ; et ils restèrent même à peu près oubliés, jusqu'à l'époque de la découverte d'une nouvelle source très-abondante, capable à elle seule de fournir au-delà de tous les besoins de l'établissement. Cette importante découverte, faite il y a près de trois années, rappela la vogue à Enghien ; et, grâce au zèle du médecin placé à la tête de l'établissement (1), cette vogue paraît aller toujours en croissant.

L'eau de la nouvelle source découverte à cette époque démontre aussi son identité avec les précédentes. Il n'existe donc, on peut le répéter, qu'une seule eau sulfureuse à Enghien ; c'est celle qui sort par les diverses issues qui constituent dans l'établissement les six ou sept sources dites *Cotte* ou *Royale*, *Moyenne*, *Nouvelle*, *de la Rotonde* et *de la Pêcherie ;* on en remarque en outre deux autres dans la prairie qui borde l'étang de Saint-Gratien. Voici les caractères et les propriétés les plus saillantes de cette eau.

L'eau d'Enghien s'échappe avec une température de 12 à 13° centigrades d'un terrain calcaire siliceux, à plus de vingt pieds au-dessous du sol de la chaussée de l'étang de Saint-Gratien ; elle n'a d'ailleurs, par son niveau et par sa nature, aucun rapport avec les eaux de cet étang ; car celui-ci peut être considérablement augmenté ou mis à sec, sans que le produit des sources paraisse en quoi que ce soit changé. C'est un fait reconnu depuis longtemps, et je ne le rappelle ici que pour dissiper les préventions qui ne sont pas encore complétement détruites à cet égard.

L'odeur hépatique de l'eau d'Enghien se fait sentir vivement à une certaine distance des sources ; mais à leur point d'émergence on n'aperçoit que difficilement et rarement encore un dégagement gazéiforme, même dans les temps orageux, ou après des variations atmosphériques brusques. Le gaz hydrogène sulfuré qui s'en échappe brunit promptement les objets de cuivre et d'argent placés au contact ; il agit aussi sur toutes les peintures à la céruse de l'établissement, qu'il noircit assez rapidement ; et enfin, en se changeant peu à peu en acide sulfurique sous l'influence de l'air et des bases, il forme sur les ferrures des portes de chaque source une rouille prononcée, puis agit aussi sur le calcaire de la voûte des sources, où l'on trouve un sulfate acide de chaux et d'alumine.

---

(1) M. le docteur Bouland, dont nous aimons à reconnaître le zèle et les lumières. *N. du R.*

L'eau d'Enghien présente une amertume légère; elle produit des rapports d'œufs couvés peu de temps après avoir été avalée; mais cette saveur sulfureuse n'est pas sensible au palais, quand on a le soin, en buvant l'eau, de se boucher les narines.

Sa limpidité est parfaite au sortir de la source et se conserve très-longtemps dans les bouteilles bien bouchées où elle ne perd en rien ses propriétés après un long espace de temps; j'en ai vu, après quatre et cinq ans, qui contenait autant de soufre.

Exposée à l'air atmosphérique, l'eau d'Enghien louchit progressivement; il s'y forme une petite couche blanche composée presque tout entière de carbonate terreux et d'un peu de soufre.

Quand on expose l'eau d'Enghien à l'action de la chaleur, elle acquiert promptement une teinte *vert émeraude*.

L'eau d'Enghien est une eau *hydrosulfatée calcaire hydrosulfuriquée :* ainsi que dans toutes les eaux sulfureuses dont les analyses sont connues, on y reconnaît à côté des *sulfures* la présence des carbonates, puis celle de quelques sels insignifiants.

Il y a même plus, c'est que non-seulement l'eau d'Enghien ne le cède, à une ou deux exceptions près, pour la proportion du soufre, à aucune eau, et même des plus sulfureuses des Pyrénées; mais qu'elle surpasse encore de beaucoup le plus grand nombre d'entre elles, qui renferment des eaux très-vantées, telles que celles de Baréges, de Cauterets, de Saint-Sauveur, de Bagnères-de-Luchon.

Considérations sur la formation de l'eau d'Enghien et de quelques autres eaux sulfureuses naturelles.

Il est si difficile à l'homme de pénétrer dans les entrailles de la terre, pour y suivre pas à pas le travail de la nature, que l'on ne doit pas s'étonner du grand nombre d'hypothèses plus ou moins ingénieuses par lesquelles les géologues et les chimistes se sont efforcés d'expliquer la formation des eaux minérales naturelles. L'opinion la plus générale consiste à les considérer comme le résultat de l'action dissolvante de certaines nappes d'eau plus ou moins profondes sur les principes contenus dans les divers terrains qu'elles traversent. Ces nappes sont-elles échauffées par des causes électrochimiques, ou, ce qui semble plus probable, par la chaleur centrale du globe terrestre? c'est ce qui n'est pas encore rigoureusement démontré. Comme l'on trouve dans les eaux des substances que ne présentent pas dans leur composition les différentes couches terrestres, force a été de tenter d'expliquer la production de ces ingrédients. Ainsi, c'est par des décompositions réciproques toutes chimiques, c'est par des réactions électrochimiques entre des sels ou

divers éléments, qu'on est parvenu à en donner des explications plus ou moins plausibles.

Parmi les eaux minérales dont la formation n'est pas toujours facile à démontrer, les eaux sulfureuses sont à coup sûr celles qui s'offrent au premier rang. Longtemps on a rattaché leur production à la décomposition souterraine des pyrites; mais aujourd'hui, en réfléchissant attentivement à cette explication, on voit bientôt qu'elle ne présente rien de satisfaisant.

Ces eaux sont, pour la plus grande partie, et peut-être, à mon avis, presque toutes hydrosulfatées (du moins je crois qu'elles ont eu primitivement cette origine). Or, dans la décomposition des pyrites rien ne semble conduire à cette formation.

Il est donc nécessaire d'en chercher autre part la cause.

La nature des hydrosulfates est variable : tantôt ils sont à base de chaux ou de magnésie, tantôt à base de soude; mais très-rarement sous d'autres états. Les eaux sont en outre ou froides, comme dans presque tous les cas pour celles du premier genre, ou chaudes, comme celles formées par l'hydrosulfate alcalin. Dans toutes aussi, sans exception, et j'insiste sur ce point, on voit à côté du sel sulfureux l'existence d'un carbonate de la même base; puis quelquefois de l'acide carbonique et de l'hydrogène sulfuré libres; ou bien on n'aperçoit aucunes traces de ces deux acides.

L'explication qui me semble le mieux rendre raison de la production de ces eaux sulfureuses est celle qui attribuerait leur formation à la décomposition de certains sulfates. Cette explication s'applique particulièrement à l'eau sulfureuse d'Enghien, ainsi qu'à d'autres du même genre, celles de Chamounix, d'Uriage et d'une source trouvée récemment à Greoulx, par exemple, etc. Bien que la plupart des sulfates offrent un caractère de stabilité très-marqué, il n'est pas difficile de les décomposer sous l'influence de la chaleur par l'intermède d'un corps carboné ou hydrocarboné; de là production de sulfures, de carbonates; d'acides carboniques, hydrosulfuriques, etc., etc. Mais cette décomposition a lieu aussi, quoique moins rapidement, sous l'influence seule de l'eau, à la température ordinaire et par le contact de matières organiques. Des essais qui me sont personnels, et ceux de Vogel en outre, ont démontré, il y a déjà longtemps, ce fait d'une manière incontestable. Or, parmi les sulfates, il en est peu qui soient aussi facilement décomposables que le sulfate de chaux dans les circonstances mentionnées en dernier lieu.

Que l'on introduise en effet dans des flacons des mélanges de sulfate de chaux pur et d'amidon, de gomme ou d'albumine, et que le tout soit

recouvert entièrement d'eau sans laisser accès à l'air, on verra, après quelques semaines, ces mélanges changer d'aspect, devenir légèrement nébuleux; puis, si l'on vient à déboucher les vases, on ne tardera pas à sentir une odeur manifeste d'œufs couvés. Les liqueurs essayées alors indiqueront, par un examen chimique, la présence d'hydrosulfate, de sulfate et de carbonate calcaires, associés principalement aux acides carboniques et hydrosulfuriques; cette décomposition sera d'autant plus prononcée que le contact aura été plus longtemps prolongé.

Si maintenant on remplace le sulfate calcaire par du gypse efflorescent (1) pris dans plusieurs localités, et, comme je l'ai fait à Montmartre, à Saint-Chaumont, à Belleville, à Montmorency, à Angoulême, etc., que ce sel soit laissé dans l'eau sans addition d'aucune substance étrangère, la matière organique, qui l'accompagne toujours, suffira pour le décomposer, après un mois ou deux, de manière à donner des liqueurs très-riches en hydrosulfates, et tout à fait comparables à des eaux hydrosulfatées calcaires hydrosulfuriquées. Les sulfates de soude et de magnésie mêlés d'amidon produiront également dans l'eau, après un certain espace de temps, des liquides très-hydrosulfatés (2).

Cette transformation sulfureuse est réellement l'image de celle qui détermine la formation de l'eau d'Enghien, présumée il y a longtemps par MM. Chevreul et Brongniart. C'est dans un banc de gypse, qui fait partie du bassin tertiaire des environs de Paris, que l'eau, en contact avec ce sel, j'ignore à quelle profondeur, le change, sous les influences dont je viens de parler, en un hydrosulfate, accompagné à la fois de carbonate de la même base et d'acides carboniques et hydrosulfuriques libres ; puis elle vient sourdre en divers points de la vallée en constituant les sources sulfureuses connues. La concomitance du carbonate calcaire à côté de l'hydrosulfate de la même base n'est pas, à mon sens, accidentelle ; elle se présente, comme je l'ai dit ci-dessus, dans toutes les eaux hydrosulfatées, et je la regarde comme tout à fait dépendante de la cause qui donne naissance aux hydrosulfates. Aussi on pourra remarquer pour l'eau d'Enghien qu'elle est dans un tel rapport avec l'hydrosulfate de chaux, que, lorsque la proportion de celui-ci diminue ou augmente, l'autre suit une marche analogue.

Je généraliserai encore mon idée en disant que les eaux de Chamou-

---

(1) On sait que le gypse est toujours mêlé de débris de corps organiques, et ce sont eux qui, dans la calcination pour faire le plâtre, donnent naissance à la proportion de sulfure que l'on remarque si constamment dans le produit.

(2) Parmentier avait attribué aussi à la décomposition du gypse l'altération de certaines eaux potables.

nix, d'Uriage et probablement aussi celles d'Aix-la-Chapelle, d'Eilsen, etc., ainsi que beaucoup d'autres du même genre, ont une origine sinon semblable, du moins très-comparable. Enfin, n'est-ce pas un fait qui arrive chaque jour sous nos yeux, dans les ruisseaux fangeux, les mares infectes, etc., dont l'odeur sulfureuse est si évidente, et que démontre aussi la production d'un *hydrosulfate* de fer noir, reconnu il y a longtemps par M. Braconnot. Je pourrais donner des exemples très-variés de semblables décompositions, et rappeler ceux que j'ai signalés au sujet des eaux de *Billazais*, de *Passy*, de *Propiac*, de *Bio*, etc.; mais ce serait abuser des moments que la société veut bien m'accorder; je me bornerai donc à terminer par un dernier fait, que je tiens de M. Fontan, jeune médecin qui s'est occupé avec beaucoup de soin d'un grand travail sur les eaux sulfureuses des Pyrénées. Il s'agit de la formation d'une eau *hydrosulfatée sodique*, qu'il a vue à Bagnères-de-Bigorre se produire par le passage d'un courant d'eau chargée de sulfate de soude à travers un banc tourbeux de quelques mètres d'épaisseur. L'eau, à la sortie de ce banc, avait un caractère sulfureux non équivoque, dont elle n'indiquait aucun signe avant d'y pénétrer. Ainsi, cette eau sulfureuse s'était produite par la réaction des matières hydrocarbonées sur le sulfate alcalin.

Conclusions.

1° L'eau minérale naturelle d'Enghien, dont la base est un *hydrosulfate de chaux* mêlé de quelques traces d'*hydrosulfate magnésien* et d'acide *hydrosulfurique libre*, doit être considérée comme une eau *hydrosulfatée calcaire hydrosulfuriquée*;

2° La proportion de soufre que représente l'acide hydrosulfurique total qu'elle renferme surpasse, pour le même poids, à une exception près, et souvent de beaucoup, la quantité de ce principe contenu dans toutes les eaux sulfureuses connues de la chaîne des Pyrénées;

3° L'eau d'Enghien paraît se former sous l'influence de l'eau dans un banc de gypse, par la décomposition réciproque du sulfate calcaire et des matières organiques qui l'accompagnent;

4° La température peu élevée de cette eau n'influe en rien sur ses propriétés bienfaisantes, car on peut l'élever aisément, dans des appareils appropriés, à une température de 60 et 65° centigrades, sans qu'elle perde aucun de ses principes et qu'elle ait subi la moindre altération;

5° Sa basse température permet en outre de la mettre en bouteilles aussitôt qu'elle sort de la source, et sans qu'il faille la laisser refroidir plus ou moins à l'air; ce qui contribue à assurer sa longue conservation et sa

facile expédition au loin, lorsque les vases sont remplis entièrement et très-exactement bouchés ;

6° La nature diverse de telle ou telle saison n'influe en rien sur les quantités de soufre que l'eau d'Enghien peut contenir ; c'est ce qui permet de la puiser avec les mêmes avantages en hiver qu'en été ;

7° Enfin, les propriétés éminemment salutaires de l'eau d'Enghien, dans une foule de cas, la rendent très-précieuse à la médecine par sa richesse en soufre, et d'après les bons effets qu'elle produit et que l'expérience démontre tous les jours.

ANALYSE DE LA POUDRE EMPLOYÉE PAR LES FRÈRES MAHON CONTRE LA TEIGNE.

Un habile pharmacien de Montpellier, M. Figuier, vient d'analyser les poudres employées par MM. Mahon contre la teigne, et, après plusieurs essais, il croit être arrivé à connaître leur véritable composition. Il n'y a trouvé aucune trace de plomb ni mercure, ni d'aucun autre métal : et ces deux poudres consistent uniquement, selon lui, en cendres végétales.

Voici les nombres fournis par deux analyses quantitatives aussi rigoureuses que pouvait le permettre le peu de matière qu'il avait à sa disposition. Deux poudres différentes ont été examinées, et ont une composition différente.

	Poudre n. 1.		Poudre n. 2.
Carbonate de potasse,	12, 20	—	17, 21.
Carbonate de chaux,	31, 10	—	21, 51.
Carbonate de magnésie,	2, 40	—	3, 42.
Chlorure de potassium,	1, 57	—	2, 79.
Phosphate de potasse,	2, 05	—	2, 27.
Phosphate de chaux,	9, 27	—	10, 05.
Phosphate de magnésie,	5, 28	—	7, 41.
Phosphate de fer,	2, 91	—	3, 81.
Sulfate de potasse,	2, 14	—	2, 53.
Alumine,	1, 00	—	1, 02.
Oxydes de fer et de manganèse,	2, 15	—	2, 65.
Silice,	1, 54	—	2, 45.
Charbon,	3, 40	—	3, 01.
Eau et perte,	21, 21	—	20, 05.
	100, 00		100, 00.

Ainsi il n'existe dans ces poudres aucun principe actif. Le corps qui y doit agir le plus efficacement pour combattre la teigne, c'est le car-

bonate de potasse. Chacun sait que les carbonates alcalins sont employés avec succès pour combattre les maladies herpétiques.

La publication de cette formule par M. Figuier pourra peut-être faciliter la préparation d'une poudre semblable à celle de MM. Mahon.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OPÉRATION DE BLÉPHAROPLASTIE.

Malgré les travaux modernes sur l'autoplastie en général, malgré les résultats merveilleux obtenus en particulier pour la restauration des parois de la bouche, il n'est point venu à notre connaissance que personne eût encore proposé l'emploi de moyens analogues dans les cas de perte de substance aux paupières. Cependant l'importance des fonctions qu'elles remplissent, leur effet dans l'ensemble de la physionomie, n'imposent-ils pas au chirurgien le devoir de ménager ces voiles membraneux, d'en rétablir la continuité s'il est forcé d'en sacrifier une portion, enfin de les restaurer aux dépens des parties voisines si la perte de substance est trop considérable ?

L'observation suivante nous paraît propre à prouver l'efficacité des procédés que l'on peut déduire des principes généraux pour remplir ces indications importantes.

Dans le printemps de 1836, le nommé Nicolas, âgé de vingt-huit ans, serger à Saint-Grégoire-d'Ordenne, vint nous consulter pour deux petites tumeurs qu'il portait à la moitié externe de la paupière inférieure de l'œil gauche. Nous crûmes reconnaître un commencement de tumeur enkystée des paupières, et nous nous bornâmes à prescrire une dissolution d'hydrochlorate d'ammoniaque en embrocations, ayant soin d'avertir Nicolas que nous comptions peu sur l'efficacité des médicaments contre cette affection, mais que, si cela devenait nécessaire, il serait délivré de son mal par une opération légère et facile. Six mois après il revint nous voir, très-inquiet des progrès qu'il était facile d'y reconnaître, et réclamant l'opération, à laquelle il était bien décidé par le spectacle de la fin déplorable d'un de ses voisins rongé par un cancer qui avait débuté aux paupières. Après un examen fort attentif de l'affection dont il était lui-même atteint, nous trouvâmes ses craintes tout à fait légitimes : les deux tubercules s'étaient réunis, ils occupaient toute la moitié externe de la paupière jusqu'à la commissure ; leur surface était devenue rugueuse, croûteuse, et leur base présentait des vaisseaux variqueux.

Profitant donc des bonnes dispositions du malade, nous arrêtâmes l'opération, que nous ajournâmes seulement à fort peu de temps.

Enlever toute la partie malade, telle était l'indication à remplir; tel est aussi le précepte général que les maîtres de l'art se contentent de donner en pareille occurrence, sans se préoccuper de la difformité, de l'épiphora, qui doivent être la suite d'une pareille perte de substance. La gravité de l'affection à laquelle il s'agit de remédier doit sans doute faire taire toute autre considération; cependant le succès nous parut encore cher à ce prix; nous eûmes confiance dans les ressources de la nature et de l'art, et nous procédâmes à notre opération ainsi qu'il suit.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête assujettie par un aide, nous agrandîmes l'ouverture des paupières comme dans l'extirpation du globe de l'œil, par une première incision qui s'étendit à quinze lignes sur la tempe; nous pûmes alors introduire facilement notre doigt indicateur gauche derrière la paupière affectée, pour la saisir par l'endroit malade et l'éloigner du globe de l'œil, en l'attirant en avant; puis, avec un bistouri conduit avec précaution pour ne pas blesser cet organe, nous détachâmes ce que nous avions à enlever, en le comprenant entre deux incisions réunies en bas, en manière de V ou d'angle, dont le sommet descendait jusqu'au rebord de l'orbite.

Ce premier temps de l'opération accompli, nous pratiquâmes sur la tempe et parallèlement à la lèvre externe de la plaie que nous venions de former, une autre incision partant de l'extrémité externe de celle que nous avions effectuée en commençant; par ce moyen, un lambeau de peau quadrilatère, dont le bord interne formait le côté externe de la plaie principale, se trouva circonscrit par trois de ses côtés, et nous achevâmes de le rendre mobile en le disséquant jusqu'à sa base. Nous pûmes dès lors l'incliner en dedans pour le mettre en contact avec ce qui restait de la paupière, et songer à le maintenir dans cette position au moyen de la suture à points séparés.

Un premier point fut passé d'une part par l'angle supérieur et interne du lambeau de peau, et, d'autre part, à travers toute l'épaisseur de la partie restante et correspondante de la paupière. (Nous avions d'abord projeté de ne comprendre que la peau mince de la paupière dans ce point de suture, mais en le pratiquant nous craignîmes un déchirement, et nous n'épargnâmes point le cartilage tarse.) Un second point, placé entre le premier et la commissure inférieure des lèvres de cette plaie, suffit pour achever de les réunir exactement.

Nous avions calculé l'étendue transversale du lambeau de peau de manière qu'étant assujetti à la portion restante de la paupière comme il vient d'être décrit, l'extrémité externe de son bord supérieur pût encore

atteindre au-delà de l'extrémité correspondante de la paupière supérieure jusqu'à la lèvre supérieure de l'incision transversale de la tempe. Nous le maintînmes en cette position en l'attachant à cette partie par un troisième point de suture.

En suivant en idée le déplacement du lambeau de peau destiné à remédier à la perte de substance, on verra qu'il dut laisser sur la tempe un espace triangulaire dénudé. Sans en tenir autrement compte, nous couvrîmes le tout d'une compresse fenêtrée enduite de cérat, de quelques plumasseaux de charpie et d'un bandage contentif; puis, dans l'intention de soutenir les points de suture dont nous craignions la rupture par le développement de l'inflammation, nous appliquâmes sur la joue, au devant et un peu en bas de l'oreille, une pelotte garnie de sparadrap diapalme, et que maintenait en place, 1° un ruban inférieur et postérieur attaché au bonnet du malade, près de la nuque; 2° un autre ruban supérieur et antérieur fixé sur le front. Il est facile de voir qu'en tendant ce dernier ruban, l'adhésion du sparadrap entraînait la peau vers les points de suture et en favorisait l'action. La marche des phénomènes subséquents attira toute notre attention et mérite d'être notée.

Nous tînmes notre malade à la diète; nous lui prescrivîmes un lavement, un bain de pieds; il survint de la douleur, de la fièvre, mais modérément. Le troisième jour nous levâmes le premier appareil; le point de suture qui soutenait la nouvelle commissure externe des paupières était seul dans un état satisfaisant, les deux autres, qui réunissaient la plaie inférieure, s'entre-tiraient violemment, le supérieur surtout, par plusieurs raisons qu'il est utile de remarquer : en effet, le bord de cette plaie, formé par une portion de paupière, se soutenait bien, proéminait même, gonflé qu'il était et appuyé par le cartilage tarse, tandis que le lambeau de peau qui lui était cousu s'affaissait, et par le défaut de support, et par une sorte de renversement en arrière. Nous pansâmes comme la première fois, mais nous augmentâmes l'action unissante de la pelotte adhésive, en faisant tirer davantage le ruban supérieur et antérieur. Le cinquième jour, nous crûmes pouvoir enlever les points de suture, en conservant le bandage unissant, quoique les choses fussent dans un état à nous faire craindre qu'il restât une petite brèche triangulaire à la paupière inférieure de nouvelle formation. Malgré cela, pendant les vingt jours qui suffirent pour achever la guérison complète de Nicolas, lequel d'ailleurs n'interrompit pas ses travaux de serger pendant plus d'une semaine, nous eûmes la satisfaction d'observer que la disparition du gonflement inégal dans des parties contiguës, à cause de leur différence de structure, faisait disparaître les inégalités de la cicatrice. Aujourd'hui Nicolas a une paupière inférieure de deux

pièces dont la réunion est difficile à reconnaître autrement que par l'absence des cils, un bord un peu rouge et une coloration un peu différente dans sa partie externe; les larmes ne coulent point sur la joue; il faut savoir l'opération qui a été pratiquée sur lui pour en reconnaître les traces; la cicatrice de la plaie triangulaire de la tempe est ronde et à peine large comme une lentille.

Nous ne terminerons pas sans poser et résoudre par les faits la question que voici : Comment le lambeau de peau faisant actuellement fonction de paupière s'est-il recouvert d'une muqueuse ? Nous avons noté dans le cours de cette observation que, pendant le travail de réunion, le lambeau de peau s'affaissait, se renversait en arrière : par ce mouvement que nous serions tenté d'attribuer à une sorte d'affinité de tissus similaires, sa face postérieure s'est trouvée en contact non avec le globe de l'œil, mais avec le tissu cellulaire de l'orbite dénudé et gonflé, auquel elle s'est unie en partie par première intention. Quelques bourgeons charnus restés à découvert ont fourni ensuite une légère suppuration qui a duré même quelque temps après que Nicolas eut cessé de porter aucun appareil. Puis, la détersion s'opérant, il s'est passé pour la plaie de la conjonctive quelque chose d'analogue à la plaie de la tempe, c'est-à-dire une espèce de froncement de cette membrane, puis une cicatrice inappréciable. Le tissu cellulaire de l'orbite, cessant alors d'être gorgé de liquide, s'est affaissé, et le lambeau de peau tiré à ses deux angles par l'action du muscle orbiculaire s'est relevé et parfaitement détaché, entraînant la conjonctive à sa suite et la forçant, pour ainsi dire, à devenir palpébrale.

Quant aux conséquences pratiques des faits que nous venons d'exposer le plus exactement qu'il nous a été possible, il nous semble qu'elles ressortent d'elles-mêmes. Nous nous abstiendrons donc de les analyser et surtout de les ériger dogmatiquement en préceptes, nous contentant d'appeler sur elles l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, de les engager à saisir l'occasion de nous imiter et de nous faire connaître les résultats qu'ils obtiendraient. Pour nous, l'heureux succès de notre tentative dans cette opération est une source de satisfaction vive, et les inductions pratiques que nous en tirons nous font désirer vivement l'occasion d'appliquer nos idées à la restauration de la totalité de l'une ou de l'autre paupière. MICHELET, D.-M.

à Pons (Charente-Inférieure).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Appareil inamovible. — Les appareils inamovibles dans les cas de fracture sont une des plus précieuses acquisitions de la chirurgie moderne. Chaque jour nous sommes témoins des avantages qui en résultent pour les malades. Sans revenir aujourd'hui sur tout ce que nous avons dit à ce sujet, nous mentionnerons le fait suivant observé dans les salles de M. Pasquier, à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides. Le résultat merveilleux obtenu par cette méthode nous dispensera pour le moment de plus longs commentaires.

Un invalide, âgé de cinquante-cinq ans, est renversé par une grosse voiture chargée de pierres, et celle-ci, en passant sur ses deux membres abdominaux, les écrase de la manière la plus horrible. La cuisse et le genou gauches sont presque moulus, le tiers inférieur du fémur est réduit en un grand nombre de morceaux; la jambe du côté droit à son tour est brisée comminutivement. L'attrition des parties molles, le nombre des plaies, la multiplicité des fragments osseux, commandaient une délibération prompte sur le parti le plus convenable à adopter dans le traitement. MM. Ribes, Cornac, Gimelle et Pasquier, réunis en consultation le jour même de l'accident, se décident pour l'amputation immédiate des deux membres. Le malade se refuse obstinément à l'opération. On est donc obligé de mettre les membres dans deux appareils provisoires. Le lendemain, le malade, pressé de sollicitations, s'étant décidé à se laisser opérer, M. Pasquier examine de nouveau l'état du blessé. Mais sa position lui paraît si désespérée qu'il ne pense plus devoir exécuter l'opération. Il prend le parti de mettre les membres dans deux appareils inamovibles et de combattre les symptômes généraux. On s'attendait à une réaction formidable qui aurait enlevé la vie au malade; mais les choses cependant se sont passées bien autrement. La réaction a été très-modérée, et aujourd'hui le malade est dans l'état le plus satisfaisant; tout porte à croire qu'il guérira en conservant ses membres. En aurait-il été de même si on les lui eût amputés? Ce fait démontre pour la mille et unième fois les difficultés immenses qu'il y a, dans certains cas, de décider convenablement la question de la convenance de l'amputation. Les exceptions aux règles tracées à ce sujet se multiplient tellement, qu'elles effacent, pour ainsi dire, les règles elles-mêmes.

Emploi d'un nouveau moxa. — Il se développe dans les lieux humides, dans les caves principalement, une espèce de moisissure fila-

menteuse nommée *bysse*, qui a été rangée parmi les plantes, et prend sa place en cryptogamie parmi les champignons. Cette bysse des caves, *byssus cryptarum*, qui croît sur les portes, les murs, les tonneaux, où elle forme de larges duvets bruns ou noirâtres, aplatis, mous et compactes comme de l'amadou, composés de filaments cylindriques et crépus entre-croisés les uns dans les autres, est très-commune dans les caves de l'hôpital de la marine de Rochefort. M. Lepelletier, pharmacien de première classe de la marine dans cet hôpital, a eu la pensée d'utiliser cette production végétale pour la fabrication des moxas, à cause de la grande quantité d'azotate d'ammoniaque qu'elle contient, et de la facilité avec laquelle elle brûle. A cet effet, il en opère le lavage et en forme une pâte qu'il façonne en cônes ou trochisques, d'un pouce à peu près d'élévation; après les avoir fait sécher complétement, il les livre aux besoins du service intérieur de l'hôpital. Depuis plusieurs années on ne s'est pas servi d'autres moxas, et on n'a qu'à se louer de leur usage.

M. le docteur Lefèvre a fait des expériences comparatives avec des moxas de byssus, des moxas japonais faits avec le duvet d'armoise, et des moxas de charpie ou de coton, et il a reconnu que les moxas de byssus brûlent sans qu'on ait besoin d'entretenir la combustion par l'insufflation, ce qui leur donne un avantage sur ceux de charpie; qu'ils donnent moins de fumée que ceux dits japonais, et qu'ils s'incinèrent avec la même lenteur. A volume égal, l'escarre qu'ils produisent a paru avoir plus de consistance et plus d'épaisseur que celle qui résulte de l'action des moxas d'armoise.

Les nouveaux moxas remplissent très-bien le but qu'on se propose quand on veut recourir à ce mode de cautérisation. Le *byssus cryptarum* réunit toutes les conditions pour fournir de bons agents de combustion, puisque son tissu est spongieux, léger, et qu'il contient même une surabondance d'azotate d'ammoniaque, dont il a besoin d'être débarrassé par la lixiviation, afin de ne pas brûler trop promptement.

C'est donc une nouvelle ressource à ajouter à celles déjà assez nombreuses que nous possédons pour pratiquer l'ustion des tissus.

Lotions laudanisées dans le panaris. — Il est des panaris dont la marche, dans leur origine, ne peut être arrêtée par l'emploi des moyens réfrigérants ni les frictions mercurielles. M. Pasquier fils se sert avec avantage, à l'Hôtel des Invalides, dans ces cas, comme aussi dans toute autre espèce de phlegmon grave ou même de phlébite, de lotions laudanisées chaudes. On met deux onces de laudanum dans une pinte de décoction chaude de pavot, on couvre la partie malade de compresses en plusieurs doubles, et l'on verse continuellement, toutes les cinq ou dix minutes, avec une éponge, de l'eau laudanisée dans toute l'étendue du mal. Les malades se plaisent à ces irrigations, et sentent que cette chaleur opiacée apaise leurs souffrances plus que les applications froides. La maladie a souvent avorté à l'aide de ce seul moyen.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ A HAUTES DOSES.

Dans une des précédentes livraisons (1), nous avons déjà parlé des bons effets qu'on peut tirer, en certains cas, du tartre stibié administré à doses rasoriennes. Traitant alors d'une sorte de pneumonite épidémique qui avait souvent compliqué les grippes de notre printemps, je n'hésitais pas à attribuer d'assez remarquables succès à l'usage large et même hardi que je fis alors de cet actif médicament. Donné plusieurs jours de suite aux doses de six, douze, dix-huit, et même vingt-quatre grains dans des potions de huit onces, prises par cuillerées d'heure en heure, le tartre stibié nous rendit, dans cette épidémie, de si éminents services, que je regarde les plus belles de nos guérisons comme dues à son intervention, après quelques saignées. Il me paraît superflu de revenir aujourd'hui sur ce que j'en ai dit dans l'article précité; pour le plus grand nombre de médecins, c'est une chose bien avérée que l'efficacité du tartre stibié à hautes doses dans la pneumonite. Je tiens seulement à ajouter ici, sur ce sujet, le sommaire d'un seul fait qui vient de se passer sous mes yeux, et qui prouve jusqu'à l'évidence, sinon l'efficacité de ce moyen dans tous les cas, du moins son innocuité, même lorsqu'on en a poussé l'usage aussi loin que possible.

Un malade vient de succomber sous nos yeux au n° 4 de la salle Saint-Ferdinand. Jeune, robuste, il était entré à la Charité pour une bronchite qui paraissait fort simple, lorsqu'il fut pris tout à coup d'hémoptysies abondantes, sans fièvre ni douleur. Des saignées répétées, des potions avec l'extrait du ratanhia, furent sans effet sur cette hémorrhagie, et à peine trois jours s'étaient écoulés que les crachats et l'haleine du malade exhalaient une odeur très-appréciable de gangrène; matité de la partie postérieure et inférieure du thorax des deux côtés; absence de bruit respiratoire aux points correspondants, etc. A compter de ce moment, je prescris chaque jour dix-huit, puis vingt-quatre, puis trente-six grains de tartre stibié dans une potion de douze onces; pendant onze jours le malade prend chaque jour cette dernière dose. Les symptômes s'étaient graduellement amendés, le sang avait disparu des crachats, l'odeur de gangrène y était moins sensible, le malade ne demandait

(1) Voyez tome XIII, page 135 et suivantes.

plus que des aliments, lorsque tout à coup il fut repris, pendant la nuit, sans que nous sachions pourquoi, de tous les premiers symptômes qui l'enlevèrent en trente-six heures.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes de vastes désorganisations gangréneuses de la partie postérieure et inférieure des deux poumons; le mal, comme l'avait fait deviner l'étendue des altérations physiques de la sonorité du thorax et du bruit respiratoire, était plus avancé et plus étendu à gauche qu'à droite; aucun autre organe n'offrit d'altération, et je n'ai jamais vu de membrane muqueuse plus belle et plus saine que celle de ce canal intestinal, qui avait été, depuis onze jours sans interruption, en contact avec la dose énorme de tartre stibié que j'ai indiquée. L'amélioration obtenue dans les neuf premiers jours m'avait donné l'espoir de triompher, grâce à cette méthode, d'un mal que j'avais jugé, dès le principe, au-dessus des ressources de l'art. Je ne me suis consolé de la rechute qui a détruit mon espoir que par l'utilité dont cette nécropsie devait être dans la question qui nous occupe. Jamais ouverture de corps n'a été plus probante.

D'autres maladies de poitrine ont encore été mises, dans mon service, à l'épreuve du tartre stibié. On avait dit et publié dans ces derniers temps que la phthisie pulmonaire tuberculeuse avait cessé d'être incurable. Découragé par l'expérience à l'égard de tous les moyens jusqu'à présent préconisés contre ce mal si fréquent et si absolument mortel, je ne demandais pas mieux que de changer d'opinion sur ce point et de trouver enfin quelque raison d'espérer en traitant un phthisique. Il était assez raisonnable de rechercher si en effet ce moyen, d'une efficacité si héroïque contre la pneumonite, n'aurait pas, étant employé convenablement, quelque vertu, si minime qu'elle fût, pour arrêter la désorganisation des poumons dans l'affection tuberculeuse. Bon nombre de phthisiques des deux sexes, à différents degrés de la maladie, ont reçu chaque jour, dans une potion sucrée à prendre par cuillerée d'heure en heure, un grain de tartre stibié. Tous ont vomi le premier et le second jour; beaucoup ont toléré leur potion à compter du second ou du troisième jour; puis, presque tous ont été pris, quelques jours après, d'une diarrhée violente qui, avec quelques autres accidents, me forçait de suspendre l'administration du médicament. J'ai vu quelques malades soulagés les premiers jours de l'usage de cette potion; mais je crois que le soulagement tenait seulement à leurs opinions théoriques, qui leur persuadaient qu'ils devaient être mieux après avoir été bien évacués; je n'ai jamais vu ce mieux se soutenir; la faiblesse n'augmentait pas moins; la toux et les crachements purulents ne changeaient pas; les pleurites partielles de la fin n'en survenaient pas moins, et la mort

régulière du phthisique ne m'en paraissait ni moins prompte, ni moins pénible. Je dois même dire, pour être vrai, que j'ai vu plusieurs malades rendre des crachats plus sanglants chaque fois que la potion stibiée leur était ainsi administrée. J'ai même encore, dans ce moment, à la Charité, un phthisique chez qui la tentative, trois fois répétée, a été trois fois suivie de crachements sanglants, tandis qu'en le tenant sous l'influence d'une potion composée d'un julep simple avec addition de demi-once de sirop diacode et d'autant d'eau distillée de laurier-cerise, il ne rend que les crachats purulents ordinaires aux phthisiques.

Plus cette maladie est déplorable et rebelle, et plus j'ai dû mettre d'insistance à observer les faits; aujourd'hui mon opinion est formée; je regarde le tartre stibé, administré de cette manière à quelque époque de la phthisie que ce soit, comme un moyen infidèle, sinon perfide. Il n'a pas précipité sensiblement la fin de nos phthisiques, mais il les a fait souffrir, à ce que je crois, sans compensation.

Quelques essais tentés à plusieurs reprises m'induisent à penser que le tartre stibié ne convient, sous aucune forme, dans le traitement des bronchites, soit aiguës, soit chroniques. Cette opinion n'est pas nouvelle; mais en traitant ce sujet j'aurais tort de ne pas la faire connaître, puisqu'elle s'est établie chez moi sur des faits assez nombreux et attentivement observés.

Il est encore une classe de maladies contre lesquelles on a préconisé le médicament dont il s'agit, je veux parler des rhumatismes articulaires. Je n'ai pas assez de faits pour tenter même de résoudre la question en ce qui regarde les rhumatismes articulaires que l'on pourrait appeler réguliers. Mais je me suis attaché à chercher de quelle utilité le tartre stibié à hautes doses pourrait être dans ces sortes de rhumatismes articulaires que l'on pourrait nommer irréguliers, dont la marche et les douleurs ne sont ni tout à fait aiguës, ni tout à fait chroniques, et qui, peu caractérisés comme affection locale, changent continuellement de siége. D'autres affections se rapprochent encore de celles-ci : c'est ainsi que j'ai étudié, sous le même point de vue, les sciatiques, les douleurs vagues et chroniques, dont les salles de la Charité abondent sur la réputation des bains de l'hôpital. Il y a deux manières de donner à hautes doses un médicament; c'est de le donner longtemps et assiduement, ou de le prescrire à des doses insolites. J'ai employé, pour les malades dont je parle ici, les deux méthodes. J'ai donné le tartre stibié pendant des mois au même malade, chaque jour, et à des doses assez élevées; en général, six, huit ou douze grains tous les jours. Voici ce que j'ai observé :

1° Aucun accident n'est survenu par le fait du médicament; ce qui

ne veut pas dire qu'il a été parfaitement toléré par tous les malades ; mais seulement que s'il a produit chez quelques-uns des vomissements ou des superpurgations, ou quelques douleurs abdominales, il suffisait de suspendre pour voir rapidement les choses rentrer dans l'ordre.

2° Il a été absolument toléré par un assez grand nombre de malades, ou du moins il ne leur causait qu'une diarrhée très-légère et qui ne m'empêchait pas de leur donner des aliments comme s'ils n'étaient pas soumis à une médication active.

3° Je n'ai jamais vu la maladie s'aggraver brusquement, ni se déplacer d'une manière fâcheuse pendant la médication rasorienne.

4° Je n'ai jamais vu non plus le mal disparaître avec une rapidité remarquable sous l'influence de ce traitement seul.

5° Les affections rhumatismales articulaires aiguës ont été tenues, par ce traitement, dans un état fort peu alarmant et peu intense ; les malades, au bout de peu de jours, souffraient sensiblement moins. Ils m'ont paru gagner beaucoup plus sous le rapport de l'intensité des douleurs que sous celui de la durée du mal. Un de nos malades, ainsi soulagé par six grains de tartre stibié pris chaque jour, fut affecté, au bout de quinze jours de traitement, d'une endo-cardite, que la continuation du même traitement pendant un mois ne modifia pas le moins du monde, le rhumatisme articulaire ayant complétement cédé. En somme, si ce médicament, ainsi administré, n'est pas capable de guérir immédiatement le mal, il peut, à mon sens, l'atténuer d'une manière très-marquée.

6° Quant aux névralgies sciatiques, je n'ai pu en guérir une seule par le tartre stibié, quelque persistance que j'y aie mise. Il n'a, à mon opinion, nullement changé la position de ceux de mes malades qui ont été soumis à son action.

7° Je crois qu'il peut être plus utile contre les douleurs vagues de nature indéterminée, mais le plus souvent rhumatismale que cet hôpital reçoit en grand nombre. J'ai cru trouver au traitement rasorien une efficacité assez prononcée contre des douleurs de ce genre chez un jeune homme dont tout le côté gauche, et particulièrement le poignet, étaient affectés de douleurs vagues, assez vives néanmoins pour lui rendre tout travail impossible. Il a été soulagé par huit grains de tartre stibié, pris chaque jour pendant un mois au moins. Il est vrai qu'il prenait en même temps des bains de vapeur. Mais ces bains de vapeur, essayés seuls, n'avaient pas produit les mêmes résultats.

8° Dans ces cas, le tartre stibié à hautes doses, et longtemps continué, me paraît pouvoir être associé non-seulement sans danger, mais même avec un avantage signalé, aux autres moyens de traitement, tels que bains, fumigations aromatiques, bains de vapeurs, sudorifiques, hydro-

chlorate de morphine par la méthode endermique, opium à l'intérieur, évacuations sanguines générales ou locales, suivant les indications fournies par la nature du mal et les dispositions particulières du sujet.

9° Enfin, il est hors de doute pour moi et pour tous ceux qui ont vu les faits sur lesquels est fondée cette note, qu'on a tort de craindre l'action irritante du tartre stibié sur le canal intestinal dans les cas et aux doses sur lesquels je viens d'appeler l'attention. Ce médicament, réellement utile dans le traitement des pneumonites, ne jouit pas plus que ses prédécesseurs de la propriété d'enrayer la phthisie pulmonaire tuberculeuse. On peut avantageusement l'invoquer dans les rhumatismes aigus ou chroniques, ainsi que contre les douleurs vagues névralgiques et rhumatismales. S. Sandras.

DE L'EMPLOI DU CALOMEL A HAUTES DOSES DANS LA PNEUMONIE.

On a tant dit et tant écrit sur telle ou telle méthode exclusive de traitement dans la phlegmasie de l'organe respiratoire, qu'il semblerait au premier abord que le sujet fût épuisé, et qu'il n'y eût plus rien à ajouter qui méritât d'être pris en considération; cependant la grande divergence d'opinions qui règne encore parmi les médecins les plus recommandables nous montre que ces débats plus ou moins animés qui ont eu assez de retentissement dans ces derniers temps n'ont guère avancé la question; mais nous n'avons pas l'intention de soulever ici une nouvelle discussion; nous nous bornerons à faire part à nos confrères des considérations suivantes sur l'emploi du calomel à hautes doses dans la pneumonie, par le docteur Gobée, chirurgien en chef à l'hôpital d'Herzogenbusch, et que nous avons trouvées consignées dans le second cahier du quinzième volume du journal de médecine de Schmidt, année 1837.

M. Gobée fait observer que c'est vers la fin du siècle dernier que Hamilton fit le premier usage du calomel uni à l'opium dans les inflammations du poumon; Vogel suivit son exemple avec succès, et Schmidtmann administrait avec avantage cette combinaison, non-seulement dans les maladies aiguës de poitrine en général, mais dans toute phlegmasie intense des poumons en particulier. Un grand nombre d'écrivains de notre époque, et surtout des écrivains français, ne font aucune mention de cette méthode thérapeutique. Le docteur Gobée eut souvent recours au traitement de Hamilton dans des cas de pneumonies ou de pleurésies aiguës, après avoir toutefois employé d'abord les

émissions sanguines tant générales que locales ; il faisait prendre au malade, matin et soir, une poudre composée d'un grain de calomel, d'un grain d'opium, et de dix grains de sucre ; mais il remarqua que, lorsque la maladie présentait un haut degré d'intensité, cette médication n'apportait que peu de soulagement, et même elle dut souvent être suspendue, parce que l'opium paraissait constamment nuisible tant que l'état inflammatoire existait encore avec une certaine activité ; il se servait au contraire avec de grands avantages de cette combinaison pour combattre les pleurésies qui reconnaissaient une cause rhumatismale. Depuis plusieurs années, M. Gobée ne traite plus les pneumonies très-intenses, franches ou même bilieuses, d'après la méthode de Hamilton; mais il donne le calomel d'abord à plus forte dose, ensuite en combinaison avec d'autres substances que l'opium, et enfin il l'administre plus tôt que cela n'a lieu ordinairement. Si l'action des médicaments mercuriaux en général, et du calomel en particulier, consiste principalement en ce que, passés dans le torrent de la circulation, ils diminuent la plasticité du sang en se combinant vraisemblablement avec une partie de sa fibrine, il n'y a pas de raison, selon M. Gobée, pour ne pas administrer le calomel immédiatement après la première saignée, pourvu que l'état de l'estomac et du canal intestinal ne contre-indique pas son emploi. On ne fait aucune difficulté de prescrire le nitrate de potasse aussitôt qu'il paraît indiqué ; pourquoi n'administrerait-on le pas calomel. Si l'on compare l'action du nitrate de potasse avec celle du calomel, on trouve que ces deux médicaments sont très-voisins l'un de l'autre comme antiphlogistiques. Tous deux sont des sels qui ne peuvent agir qu'en diminuant considérablement la plasticité du chyle, et la fibrine relativement trop abondante du sang. Cela résulte de la fluidité du sang plus considérable qui suit l'emploi de ces deux remèdes administrés à fortes doses, et pendant un temps plus ou moins long. De là vient cette grande puissance de résorption que l'on attribue au calomel. M. Gobée se demande de quelle manière le calomel agit sur les vaisseaux lymphatiques, ou, d'après Tiedemann, Gmelin et Magendie, sur les capillaires veineux? Est-ce une action spécifique? Mais personne ne l'a jamais démontré en s'appuyant sur des considérations physiologiques, et, lorsqu'on dit ordinairement que le calomel active les fonctions des vaisseaux absorbants, ce n'est là qu'une simple manière de parler qui a passé sans autre examen d'une pharmacologie dans une autre. S'il est vrai que les mercuriaux en général et le calomel en particulier ne font que diminuer la plasticité du sang, l'activité plus grande des vaisseaux absorbants qu'on leur attribue n'est qu'une conséquence de cette première action. — Dans l'économie animale, la nutrition des organes est le but

de toutes les fonctions organiques. Un sang dont les éléments sont mêlés dans les proportions voulues peut seul entretenir la vie des organes ; ce mélange chimico-vital vient-il à être troublé d'une manière quelconque, il se présente à la nature deux voies pour rétablir l'état normal : ce sont la sécrétion et l'absorption. — C'est ainsi que le principe colorant de la bile passe dans le tissu cutané ; que le principe de l'urine est chassé du corps par la perspiration de la peau dans le cas de suspension de la sécrétion urinaire ; et c'est sans doute de la même manière que des principes contagieux sont éliminés hors de l'organisme. — Le sang artériel ne suffit-il plus pour opérer la nutrition, soit que la masse ait diminué, ou qu'il ne soit pas assez riche en fibrine, aussitôt les vaisseaux absorbants et les veines les plus déliées saisiront tout ce qui se trouvera à leur portée pour le mêler à la masse du sang en circulation, d'une manière immédiate ou médiatement par le conduit thoracique, et cela dans le but de remplir les fonctions qui leur ont été dévolues. Appliquons maintenant ce que nous venons de dire à l'action du calomel. — Après l'administration de ce médicament à hautes doses, ou même à petites doses, mais pendant un temps assez long, le sang artériel perd une partie de sa fibrine, et l'organisme s'efforce alors à réparer cette perte par une absorption plus énergique. C'est ce qui fait que dans toutes les inflammations qui sont aisément suivies d'exsudation, le calomel agit avec tant de puissance, et est en état de déterminer la résorption d'épanchements considérables.

Partant de ces données, M. Gobée a administré le calomel depuis plusieurs années, dans les cas de pleurésies ou de pneumonies aiguës, très-peu de temps après la première saignée, à la dose de douze jusqu'à vingt-quatre grains dans l'espace de vingt-quatre heures. — S'il se manifeste de la diarrhée après une pareille dose, M. Gobée prescrit le médicament à des intervalles moins rapprochés, non seulement parce que cette complication empêche que le calomel se mêle à la masse du sang, mais aussi parce qu'elle est reconnue par tous les bons auteurs comme nuisible au début d'une pneumonie. — La plupart du temps, surtout lorsque la toux est douloureuse, convulsive, il combine le calomel avec l'extrait de jusquiame, qui lui paraît ici mieux indiqué que l'opium. Le médecin dont nous parlons n'a jamais observé de salivation à la suite de l'administration du calomel dans les maladies très-aiguës qu'il a traitées.

M. Gobée rapporte trois observations de pneumonies très-aiguës dont deux étaient compliquées d'irritation des méninges ; il ne prescrivit généralement le calomel qu'après la première ou lors de la seconde saignée, et chaque fois à la dose de douze grains combinés ; dans les cas

de symptômes nerveux, avec six grains d'extrait de jusquiame, le tout mêlé avec deux gros de sucre blanc; il en faisait faire douze parties égales dont il faisait prendre une au malade toutes les heures; il n'a jamais dépassé la dose de vingt-quatre à trente grains de calomel. Il croit d'ailleurs que l'on ne doit employer le calomel que dans les pneumonies très-intenses, lorsque de fortes émissions sanguines ont eu lieu et sans succès; enfin lorsque les malades ressentent une douleur profonde dans la poitrine, que la dyspnée persiste, et que les forces diminuent rapidement. A. Brandt.

DE LA PRESSION DE LA TÊTE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS.

Il n'y a pas de maladies plus communes chez les sujets du jeune âge que les maladies nerveuses; cette susceptibilité exquise des enfants, leur faiblesse relative qui ne fait pas assez contre-poids à cet excitabilité, la rapidité des mouvements fonctionnels, alors que la vie a besoin de gagner en activité ce qui lui manque en force pour opérer le développement du corps; toutes ces causes et plusieurs autres, tant naturelles que factices, expliquent suraboudamment l'aptitude éminente du jeune âge pour les troubles nerveux. Ces dispositions natives se réalisent par toutes les causes qui, sous des conditions organiques différentes, détermineraient d'autres genres de maladie, ou ne feraient rien du tout. C'est ainsi que, chez les enfants nouveau-nés, par exemple, la forte impression d'un air un peu trop froid suffit quelquefois pour amener des convulsions, et qu'un peu plus tard une nourriture trop copieuse, ou une nourriture irritante, la présence des vers, les miasmes de maladies éruptives décident très-souvent des convulsions épileptiformes plus ou moins fortes. A mesure que ces sujets acquièrent plus de force réactive, l'action de ces causes change de but, et les maladies nerveuses deviennent plus rares. On connaît assez bien aujourd'hui la source principale de la plupart des affections convulsives des enfants; on connaît aussi assez bien les moyens de les prévenir avant qu'elles ne se déclarent, et de les traiter après qu'elles se sont développées. Nous ne ferons là-dessus qu'une réflexion générale : c'est que trop souvent encore, et malgré le discrédit fondé dans lequel est tombée la médecine physiologique, on procède au traitement des maladies de l'enfance, et en particulier des affections nerveuses, par des émissions sanguines, et par l'appareil de la méthode affaiblissante et relâchante. Les enfants s'accommodent peu des méthodes curatives qui tendent précisément à donner plus d'activité aux causes or-

dinaires de leur maladie, en augmentant la débilité naturelle de l'organisme et l'exubérance des sucs muqueux. Ils se trouvent beaucoup mieux communément de l'usage des évacuants modérés, secondés par les toniques et de doux anti-spasmodiques, qui sont plus appropriés à leur condition physiologique. Nous ne doutons pas qu'en observant de ce point de vue les maladies de l'enfance on ne parvînt à diminuer en peu de temps les tables nécrologiques si chargées depuis le premier mois de la vie jusqu'aux approches de la puberté.

Parmi les causes des affections nerveuses, et en particulier de l'épilepsie de la première enfance, il en est une à laquelle on avait peu songé, si même on y avait songé; cette cause extrêmement commune serait pourtant des plus puissantes, s'il faut en croire le témoignage, digne de confiance, du docteur Grantham, habile médecin anglais. Elle consiste dans le défaut d'ossification, ou dans l'ossification tardive de la calotte du crâne. Ce n'est pas seulement l'épilepsie que produirait cette disposition vicieuse, au dire de ce médecin, c'est encore à elle qu'on devrait imputer d'autres maladies non moins redoutables, telles que les congestions cérébrales et l'hydrocéphale. Nous croyons pour notre compte à la réalité de cette étiologie; d'ailleurs les observations du docteur Grantham paraissent lever tous les doutes sur cette importante question. Nous allons suivre les points les plus remarquables des faits publiés par les médecins anglais, en les entremêlant de nos propres réflexions.

L'absence d'ossification de la calotte du crâne produit ses fâcheux effets entre l'âge de neuf à vingt mois environ. Le principe de cette ossification tardive paraît tenir surtout, d'après le médecin que nous citons, à une alimentation mauvaise et insuffisante et au vice scrophuleux. Ces causes, comme on le voit, ont pour effet d'augmenter la faiblesse naturelle des sujets. Prenons acte de ce fait pour signaler plus tard dans le traitement proposé par M. Grantham ce qu'il a d'incomplet. Le retard d'ossification des os du crâne, dont nous parlons, est facile à reconnaître par l'exploration la plus superficielle; quant aux accidents amenés par cette absence d'ossification, on peut les expliquer par l'exposition du cerveau et des méninges aux vicissitudes atmosphériques, aux violences de toute espèce de la part des objets extérieurs, aux pressions et aux tiraillements, suivant les divers mouvements. Partant de ces idées, le docteur Grantham a traité cet état pathologique par un moyen fort simple qui a coupé court à tous les accidents. Les observations qu'il rapporte montrent que ce moyen est réellement efficace, puisqu'il a guéri, quand on n'avait rien obtenu par les traitements les plus rationnels. Son but, dans l'emploi de sa méthode curative, consiste à défendre les or-

ganes encéphaliques des injures extérieures et à seconder par une pression douce dans tous les sens l'ossification définitive du crâne. Citons, en les abrégeant, parmi les faits signalés par le médecin anglais, deux ou trois des plus saillants.

Dans l'un de ces faits il s'agit d'un enfant de quatorze mois sujet à de fréquentes convulsions la nuit comme le jour. Les sangsues, les vésicatoires et le calomel n'avaient pu améliorer son état. En examinant sa tête, le docteur Grantham trouva la suture coronale et la fontanelle antérieure très-larges. Il banda la tête avec une bande de calicot de la largeur d'un pouce et demi, et prescrivit une boisson de six gros d'eau de chaux. Cette pression uniforme et générale de la tête coupa court aux accidents convulsifs; les accès ne se reproduisirent plus; l'enfant prit bientôt de la force et de l'embonpoint; il a été guéri radicalement par la continuité de ce moyen et la soudure des os du crâne s'est opérée.

Dans un autre cas, un enfant de sept mois avait des attaques épileptiformes très-fréquentes, accompagnées de symptômes de compression. Les sangsues, les vésicatoires et le calomel amendèrent ces phénomènes, et firent disparaître les accès pendant un mois. Cependant, après ce temps, les convulsions se répétèrent, et ces mêmes remèdes ne firent rien cette fois. M. Grantham trouva à l'exploration de la tête le frontal très-saillant, la suture et la fontanelle très-ouvertes. Il appliqua la bande de calicot comme dans le cas précédent, et il prescrivit aussi l'eau de chaux de la même manière. Les attaques disparurent, et l'enfant prit de l'embonpoint; deux mois après les accidents reparurent, et l'enfant mourut dans des convulsions. A l'ouverture du cadavre on trouva les sutures extraordinairement béantes, un ramollissement cérébral, et une collection aqueuse dans les ventricules du cerveau.

Cinq ou six autres faits du même genre, cités par M. Grantham, confirment les résultats des faits précédents. On y voit toujours l'ouverture des fontanelles et le défaut d'ossification d'une portion plus ou moins considérable des os du crâne donner lieu à des affections cérébrales permanentes; on y voit aussi que l'application d'un bandage, aidée de l'administration de l'eau de chaux, a mis un terme aux convulsions, tandis que les remèdes énergiques, employés avant l'usage de ces derniers moyens, n'avaient rien fait pour la guérison. Le but que se propose M. Grantham paraît être complexe. Le plus prochain, c'est de soustraire à la pression de l'air ambiant et aux impressions extérieures les organes encéphaliques; le second, plus éloigné, c'est de favoriser l'ossification imparfaite des os du crâne. Son principal moyen est un bandage avec une bande de calicot d'une largeur suffisante. Cette bande ne doit pas être trop serrée; mais elle doit l'être assez pour exer-

cer une douce pression. On la choisit en calicot parce qu'elle est plus douce et qu'elle ne se retire pas par l'effet de l'humidité. On la fixe autour de la tête à l'aide d'épingles bien ajustées. L'administration de l'eau de chaux tend à faire pénétrer dans la masse du sang une certaine quantité de la base saline qui entre dans le travail de l'ossification. On donne, par jour, six gros de ce liquide. En théorie il n'y a certes rien de plus rationnel que l'administration de l'eau de chaux, dans la vue de fournir le principe chimique essentiel d'une ossification imparfaite; mais nous doutons beaucoup, pour notre compte, qu'on aide suffisamment à ce travail du corps vivant, en envoyant dans la masse du sang la base chimique de cette ossification, comme on forme un sel dans une cornue en ajoutant un oxyde à l'acide préexistant. L'ossification est une opération essentiellement vitale, en dehors par conséquent de toutes les lois du monde inorganique.

Le meilleur moyen de remédier à l'imperfection de l'ossification du corps vivant, c'est de combattre les causes de cette imperfection. On arrivera à ce but en joignant au bandage proposé par M. Grantham, non pas l'usage de la chaux, mais le traitement indiqué par le vice d'où dépend le retard de l'ossification. Ainsi, si le malade est faible et languissant, comme il arrive souvent, on changera la nourriture ordinaire contre une alimentation meilleure et fortifiante; s'il manque des soins hygiéniques qui concourent si activement à un bon et prompt développement, on lui procurera ces soins; enfin, s'il est entaché de quelque vice spécifique, comme le vice scrophuleux, et c'est le cas le plus commun, on traitera ce vice au lieu de demander à la chimie des principes thérapeutiques étrangers au corps vivant. T.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LA CAUTÉRISATION DU MÉAT INFÉRIEUR DES FOSSES NASALES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALE.

Les principes qui m'ont guidé dans le traitement des surdités, suites de l'oblitération de la trompe d'Eustache, devaient recevoir leur application dans celui des tumeurs ou des fistules lacrymales produites par le rétrécissement du canal nasal. Si, dans les premiers jours, j'ai cru devoir cautériser le pharynx lorsqu'il était le siége primitif de l'inflam-

mation chronique, j'ai dû agir de même sur les fosses nasales lorsque le gonflement de leur muqueuse avait précédé ou accompagnait celle du conduit des larmes.

L'utilité d'une semblable méthode suppose que le gonflement chronique de la muqueuse des fosses nasales peut précéder celui de la muqueuse du canal nasal, ce qui est incontestable et connu de tout le monde; elle suppose que ce gonflement de la membrane pituitaire peut être traité avantageusement par la cautérisation. Je vais le démontrer :

M. Boyer (tom. VI, pag. 149) décrit comme une affection que l'on peut confondre avec les polypes des fosses nasales l'épaississement et le boursouflement de la membrane pituitaire, altération qui n'entraîne ordinairement, dit-il, d'autre incommodité que celle qui résulte de l'obturation totale ou incomplète de la narine. Sous le rapport du traitement, il conseille tous les moyens propres à combattre les scrophules et la syphilis, cause ordinaire du mal, les exutoires, les purgatifs et, dans l'insuffisance de ces moyens, la compression avec des canules de gomme élastique qu'il préfère aux cordes à boyau déjà conseillées par Ledran. — M. Astley Cooper va plus loin (*Lectures on the principles and practice of surgery*); après avoir signalé l'épaississement de la membrane muqueuse des fosses nasales comme pouvant être confondue avec des polypes, il conseille de toucher les excroissances qu'elle forme avec un crayon de nitrate d'argent. « Après cette application, dit il, » ces excroissances ne ne tarderont pas à devenir blanches et bientôt à » disparaître. Vous pouvez être assuré que c'est là le seul traitement à » employer et qu'il n'est pas nécessaire de soumettre à aucune opération » les personnes qui en sont affectées. » Guidé par ces préceptes, j'employai la cautérisation dans le cas suivant; le succès fut complet et durable.

Une fille, âgée de dix-huit ans, me fut adressée comme affectée de polypes des fosses nasales depuis neuf mois. Elle respirait difficilement, la bouche fermée, et éprouvait dans le bas du front et dans les fosses nasales de la douleur et un sentiment d'embarras et de pesanteur habituel. Aussitôt qu'elle se baissait, le sang se portait à la tête, ses règles étaient irrégulières et peu abondantes; sa santé bonne du reste. — En examinant ses fosses nasales, par la partie antérieure, je ne reconnus qu'un peu de rougeur de la muqueuse. Lorsqu'elle se mouchait, la bouche et l'une des narines fermées, l'air passait par l'autre narine, et, comme le doigt introduit derrière le voile du palais ne faisait reconnaître aucune végétation, il fut évident qu'il n'y avait pas de polypes et qu'une inflammation chronique de la membrane pituitaire pouvait seule donner naissance aux symptômes observés.—Je cherchai à les combattre par l'ap-

plication de huit sangsues aux cuisses et par des purgatifs répétés à cinq jonrs d'intervalle. Ces moyens, après douze jours de traitement, n'avaient produit aucune amélioration. La même douleur, le même embarras continuaient à se faire sentir dans les fosses nasales. Je pensai alors à la cautérisation, et j'enfonçai dans chaque narine, à un pouce de profondeur, un bourdonnet de charpie trempé dans une solution de nitrate de mercure et porté avec une pince à pansement. Le caustique se répandit probablement dans l'arrière-gorge, car dans la journée la malade eut beaucoup de peine à avaler et souffrit assez vivement dans le nez et le pharynx. Le lendemain, la douleur se calma; le surlendemain, elle était dissipée, et la malade respira plus aisément. Six jours après la première cautérisation, j'en fis une seconde avec la précaution de laisser une moins grande quantité de nitrate de mercure sur le bourdonnet : cette seconde cautérisation fit disparaître presque entièrement l'embarras du nez et les douleurs. Une troisième cautérisation, neuf jonrs après la première, ne fut point douloureuse et fut suivie d'une guérison complète. Vingt-deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade sortit; elle ne souffrait plus, respirait librement par le nez et pouvait se baisser sans éprouver de maux de tête. J'ai eu de ses nouvelles, trois mois après son départ; sa guérison s'était bien maintenue.

Les effets utiles de la cautérisation, dans le cas que je viens de rapporter, et dans ceux qui sont cités par M. Astley Cooper, ne doivent pas étonner. J'ai établi au commencement de ce mémoire que la cautérisation de la peau dans les œdèmes chroniques suffisait pour hâter la résorption de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, et précisément les gonflements de la membrane muqueuse des fosses nasales sont dus à des œdèmes sous-muqueux, comme je m'en suis assuré dans une autopsie dont voici quelques détails :

Un homme de quarante et un ans vient à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour être traité d'une affection syphilitique des fosses nasales qui durait depuis quatre ou cinq ans. Son nez était affaissé par la destruction de la cloison, son haleine d'une fétidité repoussante, ses mucosités nasales d'un aspect purulent; la voix était altérée, les sacs lacrymaux remplis de mucosités, le cours des larmes interrompu. Ce malade mourut après avoir langui vingt-cinq mois à l'hôpital, sans que les traitements mis en usage eussent été d'aucune utilité; je n'employais point alors la cautérisation. A l'autopsie, je trouvai la cloison moyenne presque entièrement détachée, ainsi que plusieurs parties des cornets; la membrane muqueuse ulcérée dans plusieurs points avait une teinte noire très-foncée; mais ce qui frappa surtout mon attention, fut l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux dans les parties où la pituitaire n'était point ulcérée et

présentait seulement une teinte rouge. Cette infiltration était si marquée dans les deux sinus maxillaires que leur cavité était presque effacée ; elle y avait de trois à quatre lignes d'épaisseur ; même état dans les cellules ethmoïdales, les sinus frontaux et sphénoïdaux, dans les deux canaux qui conduisent les larmes dans le nez, tous complétement oblitérés. La sérosité qui remplissait le tissu cellulaire sous-muqueux était incolore et pouvait facilement s'exprimer.

Je ne doute pas que cette infiltration sous-muqueuse de la membrane pituitaire n'en accompagne ordinairement les inflammations chroniques; et je suis d'autant plus porté à le croire, que, tandis que la plupart des membranes muqueuses comme celles du tube digestif et des bronches sont unies aux tissus musculaires et fibreux qui leur sont sous-jacents d'une manière si intime qu'aucune infiltration de sérosité ne peut se faire au-dessous d'elles, le tissu cellulaire qui unit la membrane pituitaire aux os des fosses nasales est lâche et peut se laisser pénétrer aisément par la sérosité, toutes les fois que celle-ci y est appelée par une irritation.

Ces principes admis sur l'existence des œdèmes sous-muqueux comme cause des rétrécissements des fosses nasales et du canal nasal, l'utilité de la cautérisation bien démontrée dans les cas où la grande cavité des fosses nasales est seule rétrécie, on conçoit que si l'œdème sous-muqueux s'est propagé au canal nasal, la cautérisation de la membrane pituitaire, particulièrement sur le méat inférieur, pourra déterminer la guérison de cet œdème et par suite faire disparaître la tumeur ou une fistule lacrymale qui en sont la conséquence; la résolution ne saurait être bornée aux parties touchées par le caustique; les cellules communiquent toutes entre elles; et, si la sérosité infiltrée dans celles du méat inférieur se résorbe, celle du canal nasal devra nécessairement diminuer ou disparaître.

Dans le traitement des tumeurs et des fistules lacrymales, j'ai pratiqué la cautérisation du méat inférieur de deux manières : 1° Avec une tige de fil de fer recourbée comme les cathéters de M. Gensoul, plus courte de quatre lignes dans la partie perpendiculaire et portant à son extrémité un petit bourdonnet de charpie trempé dans une solution saturée de nitrate de mercure; 2° avec un porte-caustique composé d'un tube extérieur en argent et d'un mandrin terminé par une petite cuvette ouverte à son extrémité et remplie de nitrate d'argent. Le porte-caustique, destiné à la cautérisation de la trompe d'Eustache et des parties qui l'entourent, peut servir également à celle du méat inférieur · pour ce dernier usage, j'en ai fait cependant construire quelques-uns qui ont la courbure des cathéters de M. Gensoul, et dont la partie perpendiculaire est moins longue de quatre lignes. Quel que soit celui de ces porte-

caustiques dont je me serve, je le fais pénétrer dans la narine, la concavité embrassant la partie externe de l'ouverture des fosses nasales ; et, lorsque la base de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur a été contournée, je relève le manche de l'instrument, je lui fais éprouver un mouvement d'arc de cercle qui en ramène l'extrémité externe sur la ligne médiane vis-à-vis la racine du nez ; puis je lui fais éprouver un mouvement de bascule en dirigeant son extrémité nasale au-dessous du cornet inférieur. Là, je mets le caustique à nu en poussant le mandrin qui porte la cuvette ; je le promène d'avant en arrière et je cautérise la membrane muqueuse du méat inférieur et la valvule placée au bas du canal nasal. Je répète cette cautérisation tous les deux ou trois jours sans chercher à entrer dans le conduit des larmes, car, si par l'exercice on peut réussir à pénétrer dans le canal osseux, on est toujours exposé à ne point passer dans le canal membraneux ; rien de plus facile que de glisser entre les os et la membrane muqueuse. La valvule en forme de diaphragme placée à l'extrémité inférieure du canal en bouche complétement l'orifice dès qu'elle est tuméfiée ; pour pénétrer, on est obligé de faire un peu d'effort, et l'on conçoit combien il doit être aisé de percer la membrane muqueuse naturellement très-mince et soulevée par la sérosité. Je me suis assuré bien souvent sur le cadavre que les cathéters que l'on croyait le mieux placés, et qui dans le fait étaient dans le canal nasal, avaient percé la muqueuse et glissé entre elle et les os. Qu'un pareil accident survienne chez un malade, il augmentera l'oblitération du canal s'il n'amène de la suppuration et une nécrose partielle. Ce sont sans doute des faits de ce genre, joints à l'insuffisance d'une compression momentanée pour guérir des inflammations chroniques, qui ont fait abandonner le cathétérisme du canal nasal, même à M. Gensoul qui avait perfectionné les instruments qu'il nécessite et le pratiquait avec une rare habileté.

Depuis que je cautérise les fosses nasales, et particulièrement le méat inférieur, dans le but de faire cesser les obstacles au cours des larmes, j'ai traité six malades. Le résultat du traitement doit être envisagé sous le rapport des changements survenus dans les fosses nasales et dans les voies lacrymales. Une seule malade n'éprouva aucune amélioration, bien que le traitement eût été prolongé cinq semaines, et que les cautérisations eussent été répétées tous les trois ou quatre jours, et étendues au méat inférieur et à la grande cavité des fosses nasales. Cette malade, traitée par le séton pour une fistule lacrymale, était guérie depuis un an de cette fistule, mais elle conservait un larmoiement, et il est probable que le séjour du séton avait été suivi de l'oblitération par adhérence du sac et peut-être du canal lacrymal. Car il existait au-devant de ce sac une cicatrice enfoncée, et les injections poussées par les points

lacrymaux ne pouvaient passer dans le nez. Quant aux fosses nasales, le gonflement devait y être considérable; les plus petits bourdonnets de charpie ne pouvaient être introduits que difficilement, et la difficulté que l'air avait à les traverser datait de la plus tendre enfance ; la malade, qui avait vingt-cinq ans, l'avait toujours ressentie. On conçoit ainsi, d'après l'ancienneté du gonflement de la membrane pituitaire, et surtout d'après les changements que le séton maintenu pendant huit mois avait dû amener dans le canal nasal, que cette maladie ne pouvait être guérie, et que l'insuccès observé dans ce cas ne présage rien sur les effets de la méthode dans des cas plus favorables.

Les cinq autres malades n'avaient subi aucune opération antérieure. La cautérisation fut faite chez les trois premières, dont je rapporterai l'observation, avec les bourdonnets de charpie trempés dans du nitrate de mercure; chez les deux dernières, avec le porte-caustique chargé de nitrate d'argent.

Parmi ces malades, une femme de vingt ans ne fut guérie que d'une manière incomplète. Elle avait, depuis trois ans, des fistules aux deux yeux (sa mère en avait eu également deux dès sa jeunesse, et conservait encore un larmoiement continu et deux petites fistules, sans tumeur, il est vrai, malgré l'emploi du séton continué pendant plus d'une année); elle fut cautérisée neuf fois dans l'espace de six semaines. ses fosses nasales, qui étaient embarrassées, même avant l'apparition de la fistule, reprirent leur liberté; le canal nasal se rétablit dès la quatrième cautérisation; car, à partir de cette époque, on faisait passer les larmes dans le nez en pressant sur le grand angle de l'œil de l'un et de l'autre côté. Les fosses nasales devinrent plus humides, surtout après chaque cautérisation. La fistule guérit à droite; mais elle persista avec obstination à gauche. Cette dernière diminuait dans l'intervalle que les règles laissaient entre elles; mais elle devenait le siége d'une inflammation aiguë, aussitôt que celles-ci reparaissaient régulières, mais toujours peu abondantes. Ce fut cette influence que je ne pus prévenir dans un traitement approprié et continué encore pendant deux mois et demi, qui empêcha la guérison complète.

Les deux autres malades, dont je cautérisai, avec les bourdonnets trempés dans une solution caustique, les fosses nasales et le méat inférieur, en répétant tous les trois ou quatre jours cette cautérisation, avaient, l'un et l'autre, une inflammation chronique des paupières avec flux puriforme, un gonflement de la membrane pituitaire, manifesté par la gêne de la respiration et la difficulté du passage de l'air dans les fosses nasales. L'un, âgé de dix-huit ans, avait des tumeurs lacrymales des deux côtés; l'autre, de trente-quatre ans, des fistules à droite et à

gauche. Ils furent, l'un et l'autre, guéris de la gêne dans la respiration, de l'inflammation chronique des paupières, de la tumeur et de la fistule lacrymale, après un traitement de cinq à six semaines; mais ils conservèrent un larmoiement, diminué, il est vrai, malgré l'emploi de la cautérisation répétée encore pendant un mois.

L'inflammation chronique des paupières, comme celle des fosses nasales, avait précédé, chez eux, le développement des tumeurs et des fistules lacrymales. Sa guérison contribua sûrement beaucoup à celle des altérations des voies des larmes; mais comme elle fut obtenue par des moyens particuliers, que je ferai connaître dans un prochain mémoire, je reviendrai sur les deux faits dont j'indique seulement la terminaison.

Dans les cas où la lésion des fosses nasales est étendue, que le canal que celles-ci fournissent au passage de l'air est rétréci, la cautérisation avec des bourdonnets de charpie trempés dans une solution caustique est préférable à celle que l'on peut faire avec un porte-caustique qui n'agit que sur une petite étendue. Mais cet instrument doit être employé quand l'on veut toucher précisément l'orifice inférieur du canal nasal et la concavité du cornet qui le recouvre. Peut-être que si je l'avais eu à ma disposition, lorsque j'ai traité les deux malades qui ont conservé un larmoiement, serais-je arrivé à produire une guérison complète. Depuis que je m'en sers, j'ai traité deux autres fistules lacrymales : l'une, survenue à droite, chez une femme de vingt-quatre ans, dépendant d'une suppression de règles, persistant depuis huit mois, sans inflammation des paupières et sans embarras dans la respiration. Après trois semaines d'un traitement approprié, les règles reparurent, et la cautérisation du méat inferieur, commencée dès l'entrée à l'hôpital, fut répétée tous les deux ou trois jours pendant quatre semaines et demi. Ce temps passé, la malade sortit parfaitement guérie. Chez elle, la diminution de la fistule et de la tumeur lacrymales, que je touchais du reste chaque jour avec un crayon de nitrate d'argent, commença avant le rétablissement des règles. Chaque cautérisation du méat inférieur était suivie d'une augmentation d'humidité dans les fosses nasales; mais ce phénomène, auquel j'attachais d'abord beaucoup d'importance, parce qu'il me semblait le signe du rétablissement du cours des larmes, et que l'on observe presque constamment, n'est peut-être que l'effet de la sécrétion augmentée de la membrane pituitaire.

La seconde fistule que j'ai traitée par la cautérisation du méat inférieur, en me servant du porte-caustique chargé de nitrate d'argent, fut également guérie. Elle s'était développée chez une femme de trente ans, dont les règles étaient irrégulières et peu abondantes, n'avait que deux mois de durée, et était sans inflammation concomitante des paupières et

des fosses nasales. La malade qui en était affectée fut guérie au bout d'un mois, sans conserver de larmoiement, et d'une manière aussi complète que celle qui fait le sujet de l'observation précédente. Chez l'une et l'autre la cautérisation a contribué au rétablissement du cours des larmes, en agissant sur l'orifice inférieur du canal, siége probable du rétrécissement.

Ainsi, sur cinq malades, quatre ont été guéris de leurs tumeurs et de leurs fistules lacrymales; tous ceux dont les fosses nasales étaient le siége d'inflammations chroniques ont été débarrassés de cette incommodité; et, dans deux des cas, la persistance du larmoiement, cependant affaibli, a seule empêché la guérison d'être complète.

Que l'on examine avec la même sévérité les résultats des traitements chirurgicaux; que l'on se demande si, après la dilatation du canal nasal par des corps étrangers, le larmoiement s'est dissipé, si l'embarras des fosses nasales a été guéri lorsqu'il existait, et l'on verra que ces deux symptômes persistaient encore, même dans les cas cités comme des guérisons complètes. L'un des effets de l'inflammation chronique, le resserrement du canal, a été détruit; mais cette inflammation persiste dans la membrane pituitaire, et de là peut s'étendre de nouveau au conduit des larmes, si celui-ci cesse d'être dilaté.

En général le traitement chirurgical de tous les obstacles que peut présenter le canal nasal a trop préoccupé. Les chirurgiens du siècle dernier, imbus de cette idée que des mucosités épaisses obstruaient le canal, n'ont pensé qu'à les enlever par les injections ou par le cathétérisme avec des corps solides; les modernes, tout en reconnaissant le rôle que joue l'inflammation chronique dans les rétrécissements du canal nasal, n'ont fait, pour la plupart, que modifier les procédés des anciens; mais, du moment où l'on sait que cette inflammation obstrue le canal nasal par l'infiltration de la sérosité qu'elle produit entre la muqueuse et les os; que cette infiltration s'étend ordinairement dans les fosses nasales, ou, pour mieux dire, y commence; enfin, que les caustiques en déterminent la résolution, on est conduit au traitement que je propose, et les travaux sur l'importance des phénomènes inflammatoires dans la production des obstacles au cours des larmes reçoivent une application nouvelle. La première et la plus importante qui en ait été faite est celle que l'on doit à Scarpa. En montrant quelle influence les inflammations chroniques des paupières exercent sur la production des tumeurs et des fistules lacrymales, en faisant connaître tout le parti que l'on peut tirer de cette connaissance dans le traitement de ces maladies, il a donné des préceptes dont l'expérience journalière démontre l'utilité, et ouvert une voie qu'il importe de suivre. En insistant sur ce fait, que les

inflammations des fosses nasales se propagent souvent au conduit des larmes, et par là le resserrent ou l'oblitèrent; en montrant l'importance d'agir sur la membrane pituitaire, lorsqu'elle est ainsi le point de départ du mal, je ne fais que suivre le principe implicitement contenu dans les recherches de Scarpa, principe qui peut s'exprimer ainsi : Agir, non sur la muqueuse des conduits oblitérés, mais sur les muqueuses primitivement malades. C'est ce principe qui a servi de base à mon travail sur la surdité et sur les tumeurs lacrymales; c'est lui qui établit un rapport si intime entre le traitement de certaines variétés de ces deux maladies, et qui explique l'association assez étrange dans un seul mémoire, des dissertations dont elles sont l'objet. A. Bonnet.

CONSIDÉRATIONS SUR LA DÉPENDANCE DES FISTULES DE LA FACE D'UNE ALTÉRATION DES DENTS, ET SUR LEUR TRAITEMENT PAR L'ÉVULSION DE CELLES-CI.

Les fistules de la face, étroites, sinueuses, profondes, ont fait et font encore souvent le désespoir de beaucoup de médecins et de chirurgiens, parce que leur attention n'a point été fixée sur la cause qui les produit ordinairement. Ces lésions résistent à tous les traitements, jusqu'à ce qu'on ait recours à celui que l'expérience a reconnu être le seul capable de les guérir. J'en ai vu qui dataient de plus de huit ans, contre lesquelles avaient échoué les injections, la cautérisation et l'ablation de la table externe de la mâchoire, et qui ont été guéries en un ou deux jours par une opération très-simple et sans danger pour le malade : l'extraction de la dent ou du chicot correspondant à la fistule.

Sur dix fistules à la face, neuf au moins, et quelquefois dix, sont entretenues par cette cause. La raison de leur fréquence se trouve dans l'étendue des os maxillaires supérieurs et inférieurs, et dans les fonctions qu'ils sont appelés à remplir. En effet, à eux seuls ils soutiennent toute la face : ils sont creusés profondément de seize trous, dans chacun desquels s'implante une dent, corps très-dur, de nature calcaire et non vasculaire, pour résister à l'action de l'air, à celle des agents chimiques et aux vives secousses de la mastication. Semblable aux cheveux, à la corne, quant à son origine, la dent, exposée journellement à l'action de tant de causes destructives, se sépare des liens qui lui donnent une espèce de vie, forme un véritable corps étranger dans l'alvéole, d'où elle doit être chassée par un travail inflammatoire éliminateur; si ce travail peut s'accomplir sans trouble chez un grand nombre de sujets, il entraine chez d'autres de

graves désordres, et en particulier la fistule dentaire, qui termine ces énormes et douloureuses inflammation phlegmoneuses auxquelles sont exposées les personnes dont les dents cessent de faire partie de leur organisation.

La fistule dentaire, comme les fistules osseuses, prend un aspect infondibuliforme lorsqu'elle a duré un certain temps ; et, lorsqu'elle s'établit sur la partie de la face la plus riche en tissu cellulaire, elle constitue une difformité très-fâcheuse par son extrême apparence ; récente, on la reconnaît aux signes suivants : un ou plusieurs trous existent sur une portion de peau décollée et enflammée ; un stylet pénètre profondément, sans toucher cependant aucune surface osseuse ; la peau saine, au lieu de s'élever insensiblement pour accompagner la peau malade, comme dans les abcès ordinaires, s'enfonce, adhère au tissu cellulaire sous-jaccent, endurci et affaissé sur lui-même. L'intersection de ces deux plans donne un aspect pathognomonique, trompant rarement celui qui l'a remarqué une seule fois. Au bout d'un mois ou d'un mois et demi, toute la peau décollée tombe en déliquium ; il se forme une plaie large qui, en se cicatrisant en vertu de la disposition indiquée ci-dessus, prend la forme d'un entonnoir, d'autant plus marquée que le tissu cellulaire est plus abondant et que la plaie elle-même est plus ancienne. Au fond de l'entonnoir, on trouve un petit ulcère ou un petit mamelon percé d'un trou presque invisible. Si l'on examine la bouche, on trouve une dent malade correspondant plus ou moins avec le point fistuleux, et enfin, si l'on a recours au commémoratif, on apprend toujours qu'une rage de dent et une forte fluxion ont précédé l'abcès.

Appelé auprès d'un malade en proie à un phlegmon dentaire, il faut, malgré son état avancé, malgré la cessation des douleurs, conseiller l'arrachement de la dent, si d'ailleurs on ne peut ouvrir l'abcès dans la bouche, lorsque la peau de la face, lisse, tendue, menace d'être perforée. La même opération est indispensable, lorsque l'abcès s'étant ouvert à l'extérieur, l'on doit tendre à diminuer l'étendue de la cicatrice ; dans ce cas la guérison exige une vingtaine de jours ; ce temps est nécessaire pour réparer le désordre survenu dans les parties molles. Enfin l'extraction de la dent guérit instantanément les fistules anciennes : un jour après, tout écoulement est suspendu et l'ouverture fistuleuse est parfaitement bouchée.

Dans quelques cas la fistule n'a pu être guérie que par l'extraction de deux dents, soit que la première ne fût pas la cause de la maladie, soit qu'elle fût entretenue par toutes les deux en même temps.

Fabricius Hildanus rapporte quatre observations de fistules à la face

eausées par la carie des dents, et elles étaient toutes à la mâchoire inférieure. Sur dix que j'ai eu l'oecasion d'observer personnellement, deux seulement appartenaient à la mâchoire supérieure, et l'une d'elles était plaeée si haut, sous la paupière inférieure, dans la partie externe, que l'idée de la nature odontodique ne me vint que très-tard et après en avoir guéri d'autres dont le diagnostie était plus faeile. Cette fréquenee des fistules externes à la mâehoire inférieure provient prineipalement de la disposition des parties molles, de la diffieulté qu'a le pus à lutter eontre la pesanteur dans les alvéoles. Dans l'os maxillaire supérieur, les fistules s'établissent très-fréquemment, mais elles sont internes, et si le tissu cellulaire qui le recouvre n'était pas aussi abondant, et la peau, par suite, si éloignée de l'os, le pus se ferait jour à travers eette enveloppe, tout aussi fréquemment que s'il provenait de la mâchoire inférieure. J'ai traité un seul homme atteint de fistules dentaires, et neuf femmes.

Une femme de la campagne portait à la partie gauche et inférieure de la joue une plaie fistuleuse. Les opérations les plus douloureuses et les traitements les plus dépuratifs, avaient été tentés sans sueeès. Ce mal datait de plus de six ans. Après avoir exploré la bouehe avec soin, je trouvai un mauvais chicot dont l'extraction fut suivie d'une prompte guérison.

Une autre femme du même village, affeetée de la même maladie, et dans le même endroit, ne fut guérie que par l'arrachement des deux dents qui correspondaient à la fistule. Quoique moins altérée que la première, la seeonde dent s'opposait à la cure : il fallut l'extraire.

La nommée Malzac, depuis plus de deux ans, avait une plaie étroite, infondibuliforme, à la hauteur de l'areade zigomatique droite; elle fut pendant longtemps traitée inutilement par plusieurs confrères et par moi. Cette plaie résista jusqu'au moment où je me déeidai à faire arraeher la dent canine; deux jours après la fistule fut fermée.

Un garçon imprimeur, traité inutilement par des vésicatoires et autres remèdes, pendant deux ans, fut guéri en quelques heures d'une fistule à la face, par l'extraction d'une dent malade.

M. D....., après avoir horriblement souffert d'une dent, eut un abcès le long du bord inférieur de la mâehoire inférieure. La quantité de pus était très-considérable, et la peau, dénudée dans une grande étendue, se trouvait dans un état avaneé de désorganisation; à la disposition intersective du plan sain et du plan malade, je reconnus une fistule dentaire, que confirma le commémoratif et l'examen de la dernière dent malade. L'extraetion de cette dent ne fut pas suivie d'une guérison aussi prompte : il fallut un mois entier pour que le délâbrement des parties molles pût être réparé.

Si je me dispense de rapporter les autres observations que j'ai à ma disposition, je ne puis passer sous silence un fait très-remarquable qui donne une grande valeur au principe que j'émets aujourd'hui : *Tota facies a maxilla, totaque maxilla a dentibus.*

Depuis longtemps un paysan souffrait de la région parotidienne ; une grosseur s'y forma, et grandit au point d'égaler le volume d'un gros œuf de poule ; elle était indolente, sans changement de couleur à la peau; elle laissait échapper par la bouche un peu de matière purulente quand on la pressait. Ma première idée fut que cette tumeur était occasionnée par un état pathologique de l'appareil dentaire ; mais la ponction exploratrice n'ayant donné issue à aucun liquide, je crus à l'existence d'une affection lipomateuse, abcédée sur l'une de ses pointes, formant une fistule dans la bouche. Je me décidai à faire l'ablation, et au moment où je disséquais la tumeur par derrière, un coup de bistouri fit sortir une grande quantité de pus, et elle s'affaissa instantanément. Le doigt, introduit dans le kyste, trouva sur le bord antérieur de la branche ascendante de la mâchoire, à la hauteur du ptérigoïdien, une dent anormalement développée sur ce point. Ainsi ma première idée née du principe *tota maxilla a dentibus*, se réalisa encore.

Si des médecins et même des chirurgiens du plus grand mérite ne s'étaient très-souvent mépris sur la nature des fistules de la face, je n'aurais pas cherché à rappeler à l'attention de mes confrères des faits aussi simples ; mais quand le célèbre Delpech a été à cette occasion redressé par un dentiste, il faut croire que bien d'autres comme lui ont pu méconnaître la cause de ces fistules.

Un de mes amis, médecin très-distingué et très-digne de foi, me raconta au sujet des fistules de la face dont je venais de l'entretenir, avoir pratiqué, chez une demoiselle atteinte d'une plaie au menton, la résection de la table externe sans succès. Ne sachant d'où pouvait provenir cette résistance, il conseilla à cette jeune personne de garder une infirmité qui peut-être serait nécessaire à l'entretien de sa santé. Six ans après il eut à soigner une femme atteinte de la même maladie ; il la renvoya au professeur Delpech pour être opérée. Plus tard il apprit de celui-ci même la guérison de cette malade par la simple extraction d'une dent altérée, ce qui l'avait dispensé d'avoir recours à la résection de l'os. Delpech avoua alors n'avoir porté son attention sur la cause de ces fistules qu'après avoir été vivement frappé d'une aventure bien faite pour lui ouvrir les yeux.

Du temps où il était encore à Toulouse, il donnait ses soins à un Anglais affecté d'une fistule à la joue. Cette fistule résistait à tous les traitements, lorsque son honorable malade fut atteint d'un violent mal de

dent, pour lequel il appela un dentiste. Avant d'arracher la dent douloureuse, celui-ci lui fit observer que son mal le plus sérieux n'était pas là, mais du côté opposé, où se trouvait la fistule; le lord répondit au dentiste que cette plaie n'était pas de sa compétence, et que le docteur Delpech, entre les mains duquel il était depuis une dizaine de mois, se chargeait de le guérir. — « Depuis dix mois on vous traite sans succès! répliqua le dentiste; eh bien, si vous voulez me donner une somme de......, je me fais fort de vous guérir en un jour d'une manière radicale : vous pouvez le dire à votre docteur. » — L'Anglais, plein de confiance dans Delpech, ne veut rien faire sans le consulter, et en attendant il se fait arracher la dent qui le tourmente, promettant au dentiste de le rappeler le lendemain si des conseils contraires ne lui étaient pas donnés. Delpech est d'avis d'éprouver la science du dentiste; une dent molaire cariée est arrachée, et en deux jours, à sa surprise extrême, il est témoin de la guérison de cette fistule rebelle.

La leçon fut bonne : depuis lors Delpech arracha impitoyablement les dents aux porteurs de fistules à la face, et il les guérit.

Le confrère, auquel Delpech venait de raconter ce qui précède, se souvint alors qu'une demoiselle avait été abandonnée par lui comme incurable, et à laquelle, peut-être aussi, l'arrachement d'une dent pourrait rendre le plus grand service; il fut la trouver et lui dit qu'elle avait suffisamment gardé sa maladie, et que le temps était venu de l'en débarrasser, sans crainte pour sa santé générale. Une dent fut extraite, et au bout de deux jours la fistule fut radicalement tarie. — Puisse l'histoire d'une erreur servir à en éviter d'autres! SERRE, d'Uzès.

DU TRAITEMENT DES PERFORATIONS DU VOILE DU PALAIS SANS LA SUTURE ET AU MOYEN SEULEMENT D'INCISIONS LATÉRALES.

Lorsque des ulcères vénériens, ayant leur siége sur le voile du palais, ont déterminé la perforation de cet organe, on éprouve souvent les plus grandes difficultés pour obtenir l'occlusion de ces ouvertures accidentelles qui tourmentent singulièrement les malades par la gêne qu'elles apportent à l'émission de la parole. Depuis que l'opération de la staphylographie a été acquise à la science, les chirurgiens ont naturellement songé à la pratique dans le cas qui nous occupe; c'est ainsi que Graefe conseille d'y avoir recours; il prétend même que les modifications de suture que la muqueuse éprouve, sous l'influence de l'inflammation et de la suppuration, est favorable à la réunion par première intention, et il explique par là les guérisons plus nombreuses des fentes par ulcérations, que de celles qui sont congéniales. Dieffenbach, au contraire, se borne à

conseiller l'emploi de la teinture de cantharides, après avoir combattu d'abord avec succès l'affection syphilitique par un traitement convenable, et il ajoute que souvent on est forcé de fermer artificiellement l'ouverture avec une plaque métallique, ainsi qu'il en rapporte des exemples fort curieux dans la *Monographie* qu'il a publiée en 1835 sur *la Staphyloraphie*. M. le docteur Zeil, médecin à Dresde, et qui nous a fourni le sujet de cet article, rapporte dans le troisième cahier du vingt-cinquième volume, année 1837 du *Journal de Chirurgie* de Graefe et Walther, l'observation d'une perforation du voile du palais, qui ne vient pas à l'appui de l'assertion de Graefe dont nous avons parlé plus haut. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans qui présentait sur la ligne médiane du voile du palais, et à égale distance de la luette et de la voûte palatine, un trou de la grosseur d'un pois. L'affection syphilitique céda complétement aux frictions mercurielles; mais c'est en vain qu'on mit en usage tous les moyens propres à développer des granulations, il fallut y renoncer, et songer dès-lors à fermer cette ouverture à l'aide de quelques points de suture. Le docteur Zeil, appelé à pratiquer cette opération, essaya à deux reprises différentes de fermer l'ouverture à l'aide d'une suture avec du fil de plomb; et, dans la crainte d'agrandir la solution de continuité dans le cas d'insuccès, il n'aviva pas les bords de la plaie avec l'instrument tranchant; il crut arriver au même résultat en les excitant avec la teinture concentrée de cantharides, mais il se promit bien de ne plus recourir, en pareille circonstance, à un moyen aussi incertain. Ces deux tentatives furent infructueuses, et même le trou était plus considérable après qu'avant. Environ trois semaines plus tard M. Zeil répéta l'opération pour la troisième fois, il fit alors l'avivement avec le bistouri, employa le fil de plomb, plaça deux points de suture et pratiqua, sur le côté droit de la plaie, une ouverture d'environ trois quarts de pouce de longueur, présentant à peu près la même étendue que la solution de continuité. La réunion des bords s'opéra parfaitement, toute tension avait disparu, et une seconde ouverture latérale ne parut pas nécessaire. La malade fut d'ailleurs condamnée au silence le plus absolu; elle écrivait tout ce qu'elle avait à dire, on ne lui accorda que des boissons et des soupes, et tout aliment solide lui était expressément défendu. Mais, le quatrième jour qui suivit l'opération, la suture inférieure coupa les parties, et le onzième jour le même accident arriva pour la supérieure. L'ouverture se montrait alors au moins trois fois aussi grande qu'elle ne l'était au commencement; mais sous l'influence de la réaction inflammatoire qui ne tarda pas à s'établir, et qui dura bien quinze jours, elle se rétrécit de plus en plus; afin d'entretenir plus longtemps encore cette inflammation traumatique, qui parut à M. Zeil at-

teindre plus sûrement le but que l'inflammation déterminée par des moyens ehimiques ou dynamiques, le médecin que nous venons de eiter eut reeours à un moyen qu'il eroit avoir employé le premier pour eet effet; savoir, à l'aeupuncture; il se servit d'abord d'une aiguille à aeupuneture, mais il la remplaça par une aiguille à cataraete, droite ou courbe, trouvant que l'emploi de eelle-ei était aeeompagné de douleurs moins vives et suivi de résultats plus satisfaisants, et il pratiqua tous les jours, pendant quatre à six semaines, de dix à douze ineisions sur les bords de l'ouverture, afin de maintenir constamment dans ces parties un gonflement inflammatoire. M. Zeis n'eut qu'à se louer de sa persévérauce, il vit, à sa grande satisfaetion, l'ouverture devenir plus petite qu'elle ne l'était lorsqu'il vit la malade pour la première fois. Mais à partir de ce moment il y eut un arrêt dans la marche vers la guérison; la parole de la malade s'était pendant ee temps continuellement améliorée, et l'on ne remarquait plus qu'une légère difficulté dans la prononciation de eertaines lettres, et en particulier de la lettre R.

M. Zeis ne perdit pourtant pas tout espoir, il pensa qu'en pratiquant des ineisions sur les côtés de l'ouverture, sans réunir en même temps ses bords par des points de suture, il pourrait en déterminer l'oeelusion; en effet, il put aiosi tellement rétréeir ee petit trou qu'il n'offrit plus que la grosseur d'une tête d'épingle; enfin il répéta eette même opération, mais du eôté droit seulement, et il obtint définitivement une oeelusion complète. Pendant tout ce temps ce médecin ne cessa de pratiquer journellement des ineisions avec son aiguille à cataracte.

Comme le fait observer M. Zeis, la guérison de eette perforation du voile du palais n'a eu lieu dans aucun endroit par première intention, ni par des granulations, mais bien par une traetion des parties vers le eentre; traction égale et régulière dans tous les points, et semblable à ce qui se passe lorsque l'on tire les cordons d'une bourse. Ce praticien pense que l'on doit ehereher à s'engager dans la voie que suit la nature pour la guérison de ces ouvertures fistuleuses, là où la réunion par première intention ne peut pas s'opérer, et il croit pouvoir recommander, à cet effet, le procédé qu'il a suivi, lequel consiste à pratiquer des ouvertures latérales, ainsi que l'aeupuneture, sans employer de suture; il se propose de mettre en pratique ce procédé dans tous les eas semblables à celui qu'il a décrit, et il n'est pas éloigné d'admettre que ee mode opératoire est applieable, même aux fentes congéniales, en commençant d'abord à faire les ineisions latérales sur les côtés de l'angle de réunion des bords de la fente, tout près de la portion dure du palais et en descendant ainsi vers la luette au fur et à mesure que la réunion s'effectuait. B.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA PRÉSENCE DE L'IODE DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Le docteur Kopp de Hanau, soupçonnant déjà depuis longtemps la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue, avait engagé M. Hopfer, de l'Orme, pharmacien de la même ville, à s'en assurer. L'expérience eut lieu de la manière suivante : une livre d'huile de foie de morue d'un jaune brun rougeâtre fut saponifiée par une solution de soude caustique en excès. Le savon obtenu fut carbonisé, et le résidu lessivé. On ajouta de l'acide sulfurique à la solution, mais non jusqu'à saturation complète, puis on fit cristalliser le sulfate de soude et on évapora les eaux-mères jusqu'à siccité. On mit le résidu dans un petit flacon avec un peu d'eau et on y ajouta de l'acide sulfurique concentré avec un peu de peroxyde de manganèse ; alors un papier enduit d'empois et fixé au bouchon fut coloré en un beau bleu. Une autre portion du résidu, traité par l'amidon et l'acide nitrique, donna également de l'iodure d'amidon bleu.

M. Hausmann, de Atens dans le Oldenbourg, est arrivé au même résultat par l'emploi d'un autre procédé un peu différent, sans avoir eu connaissance de celui de M. Hopfer, de l'Orme.

Trois drachmes d'une huile de foie de morue jaune brunâtre claire furent saponifiées par une solution de potasse caustique ; le savon fut carbonisé, et le résidu charbonneux lessivé avec de l'eau ; la solution filtrée, après avoir été additionnée d'une petite quantité de carbonate d'ammoniaque pour transformer l'excès de potasse caustique en carbonate de potasse, fut évaporée jusqu'à siccité. Le résidu salin obtenu fut à plusieurs reprises traité par l'alcool chaud, puis l'alcool fut chassé par l'évaporation. On obtint ainsi une très-petite quantité d'un résidu blanc jaunâtre qui attirait l'humidité de l'air et avait une légère odeur d'iode. Ce résidu salin fut placé dans un tube de verre fortement rétréci à son extrémité antérieure, tel que M. Wackenroder l'a recommandé pour cet objet, puis on mit de l'empois récent à la partie supérieure de ce tube. Lorsqu'on eut versé dans celui-ci de l'acide sulfurique concentré, il y eut effervescence, et, en le chauffant, on vit se dégager des vapeurs violettes qui colorèrent l'empois en un beau bleu foncé assez intense.

L'examen d'une autre sorte d'huile de foie de morue, qui était d'un jaune plus clair, donna un résultat semblable, mais moins tranché.

Une troisième sorte, d'un brun foncé, traitée de la même manière, parut au contraire contenir plus d'iode que la première

Ces expériences non-seulement confirment tout à fait la découverte de M. Hopfer, de l'Orme, mais encore semblent montrer que l'huile de foie de morue foncée contient un peu plus d'iode que celle qui est d'une couleur claire. D'ailleurs, la proportion de ce corps y est toujours très-faible, et une analyse quantitative ne serait pas sans intérêt.

C'est le premier exemple de la présence de l'iode dans un corps gras. M. Wackenroder pense qu'il doit provenir de l'eau de la mer ou bien des substances qui servent à la nourriture de l'animal.

PROCÉDÉ POUR OBTENIR LA VÉRATRINE, PAR M. J. RIGHINI (1).

Prenez : Semences de cévadille. . . . . . quatre livres.
Eau commune. . . . . vingt livres.

On fait digérer pendant trois jours dans un vaisseau de cuivre fermé. On coule le liquide que l'on conserve à part. On broie bien la cévadille dans un mortier, ayant soin que les semences, proprement dites de la grosseur d'un grain de millet, soient bien concassées ; puis on les fait bouillir avec vingt livres d'eau, tenant en solution demi-once d'acide tartrique, jusqu'à consomption de la moitié de l'humidité. On fait une nouvelle décoction du résidu dans la même quantité d'eau, contenant seulement deux gros du même acide jusqu'à réduction à six livres. On exprime le marc à la presse pour en séparer tout le liquide, lequel, réuni aux décoctions, est concentré en consistance de sirop. Alors on y mêle le produit liquide obtenu de la digestion, on le concentre légèrement. Dans cet état, on y instille peu à peu et en agitant une livre d'ammoniaque liquide concentrée. Après cinq jours de repos, on reçoit sur un filtre le dépôt qui s'est formé, on le laisse parfaitement égoutter. Le liquide restant, de couleur noire, est rapproché de nouveau en consistance de sirop; puis on y verse, toujours par petite portion, la moitié de l'ammoniaque employée à la première opération. Après deux jours de repos, on sépare le précipité que l'on réunit au premier, on triture le tout légèrement desséché avec une demi-once de charbon animal chimiquement pur, et l'on fait digérer dans deux livres d'alcool à 40° pendant environ trois heures. On filtre la teinture alcoolique à demi refroidie dans un entonnoir de verre fermé, et l'on verse sur le résidu une autre livre d'alcool en employant pour la digestion le même temps déjà indiqué.

Par la filtration et le refroidissement de la teinture alcoolique on obtient un liquide de couleur brune qui laisse déposer une substance pul-

---

(1) Extrait d'une lettre adressée à M. Pelletier.

vérulente blanchâtre. On met la teinture du poids d'environ trois livres dans un alambic de cuivre étamé, et l'on en retire par la distillation au bain-marie trente onces d'alcool. On verse promptement le résidu resté dans l'alambic dans une capsule de porcelaine, et on le rapproche au bain-marie en consistance d'extrait dense, état dans lequel la vératrine en se solidifiant se réduit en une poudre brunâtre.

Cette vératrine, que le professeur Soubeiran distingue par le nom de *médicinale*, est d'un aspect résineux, comme l'a très-bien décrit cet habile chimiste, d'une saveur excessivement brûlante, presque semblable à celle d'une substance corrosive; à ce point qu'une pareille mise sur la langue y produit une excoriation. Quatre livres de cévadille ont fourni deux gros de vératrine médicinale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UN MOT SUR LES CALCULS BILIAIRES.

Ayant déjà eu plusieurs fois l'occasion d'observer des sujets atteints de calculs biliaires, j'ai l'honneur de vous soumettre quelques réflexions touchant les symptômes qui correspondent à ce genre de production morbide. Un des derniers cas de ma pratique est celui d'une de mes proches parentes, qui depuis longtemps souffre de cette espèce de maladie. Voici les principales circonstances qui se rapportent à son état. Cette dame est petite, maigre, brune, gaie, heureuse, et mère de nombreux enfants; elle est maintenant âgée de cinquante-cinq ans. Les premières atteintes de son mal remontent au-delà de dix-sept ans; dès le commencement, comme aujourd'hui, les crises étaient caractérisées par des douleurs atroces, des coliques hépatiques, précédées, accompagnées et suivies de nausées, de vomissements; à la suite de ces crises, il y avait beaucoup d'accablement, un ictère plus ou moins prononcé et des symptômes plus ou moins marqués d'irritation gastro-duodénale. Ces accès se représentaient deux ou trois fois par mois: il y a environ dix ans, l'un d'eux fut suivi de l'expulsion de vingt-sept calculs de moyenne grosseur.

Cette expulsion fit merveille, car dix années se passèrent sans le moindre ressentiment du côté des organes habituellement souffrants. Mais il y a bientôt dix-huit mois que tout le cortége des accidents susmentionnés se représenta, et depuis lors les souffrances se reproduisirent et n'ont pas cessé de se renouveler tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. Chaque retour de coliques est assez généralement suivi de l'expulsion, par les selles, d'un ou deux calculs, et le vo-

lume maintenant plus considérable de ceux-ci semble expliquer l'intensité plus grande des douleurs causées par une plus grande difficulté pour leur issue. Que deviendront les concrétions biliaires actuellement existantes? Les organes s'habitueront-ils à la présence de ces corps étrangers? leur expulsion continuera-t-elle? C'est ce qu'il est impossible de dire à l'avance. Il est certain, du reste, que des individus vivent très-longtemps bien que portant des calculs biliaires, et sans être le moins du monde incommodés par leur présence. Je conserve vingt-huit calculs semblables, dont quelques-uns à surface nacrée, rencontrés par moi à l'autopsie chez un vieillard de soixante-quatorze ans, mort de maladie totalement étrangère à l'appareil hépatique.

Maintenant y a-t-il autre chose à faire en pareille occurrence qu'à combattre les accidents, quand il s'en présente? je ne le pense pas, car le traitement curatif paraît au-dessus des ressources et de la puissance de l'art. On peut s'opposer peut-être à la formation de nouvelles pierres par le concours d'un traitement hygiénique; mais, quant à détruire celles qui existent, c'est vraisemblablement de toute impossibilité. Que l'on se rappelle, en effet, la disposition et la profondeur des parties; comment aller chercher, atteindre et détruire les productions, source de tous les accidents? La circulation peut, il est vrai, servir de véhicule aux médicaments; mais l'on conçoit d'ailleurs, qu'à part même la faible quantité de ceux ainsi transportés, leur action ne porte que sur les surfaces vivantes, sur les tissus; et l'on ne peut raisonnablement admettre que des substances quelconques soient confiées au torrent circulatoire dans le but d'atteindre un résultat aussi merveilleux que celui de les voir se déposer précisément, par exemple, dans la vésicule biliaire, pour y accomplir un travail de décomposition sur des corps inorganiques! Ce n'est pas, en effet, à des organes malades, altérés primitivement ou secondairement que l'on a à s'adresser; ce n'est pas leur vitalité qu'il est question de chercher à modifier directement ou indirectement; c'est *une épine de Vanhelmont* qu'il s'agit d'extraire; ce sont des corps étrangers qu'il faudrait mécaniquement annihiler, chimiquement décomposer; et, je le répète, pour quiconque connaît la conformation si complexe des voies biliaires, et a la moindre notion des lois physiques et physiologiques, il y a là de toute évidence impossibilité.

Le remède de Durande, composé d'éther et d'huile essentielle de térébenthine, mélange dans lequel se dissolvent, dit-on, les calculs biliaires, a eu beaucoup de vogue; Soemmering et Richter ont beaucoup vanté ce remède. On ne connaît pas, néanmoins, d'exemple authentique de guérison dû à son usage. MM. Trousseau et Pidoux, doutent très-fort de sa vertu dissolvante; « quant à la propriété incontestable, ajoutent-

ils, qu'a l'éther térébenthiné de calmer les coliques atroces et les vomissements dont s'accompagnent fréquemment les calculs biliaires, et certaines névralgies hépatiques, nous la considérons comme purement anti-spasmodique. »

J'ai laissé tremper plusieurs de ces calculs dans un mélange de deux parties d'huile essentielle de térébenthine sur trois d'éther sulfurique; après un séjour de quarante-huit heures, ils ont précipité un faible résidu, mais paraissaient tout aussi volumineux, seulement ils étaient plus poreux et plus mous : leur dissolution dans semblable mixture me semble douteuse et contestable.

M. Thénard fait observer d'ailleurs, que non-seulement on prend ce remède à trop petites doses pour qu'il puisse agir, mais qu'à la température de trente-six à quarante degrés l'éther se sépare et se volatilise; il croit enfin que la térébenthine agit plutôt en favorisant le transport des calculs dans l'intestin qu'en opérant leur dissolution. Du reste, ce ne serait pas tout que d'avoir un dissolvant, il faudrait encore pouvoir atteindre les corps à dissoudre.

J'ai également peu de foi dans les qualités sédatives du mélange de Durande; après, en effet, m'être bien pénétré des principes diététiques développés dans ses observations, après avoir plutôt diminué qu'outrepassé la dose de deux scrupules, prescrite dans sa brochure, j'ai constamment vu les accidents s'accroître après l'administration de la célèbre mixture, donnée en petite quantité et avec toutes les précautions recommandées; elle n'est même pas toujours inoffensive; à forte dose elle ajoute encore à l'irritation suscitée et propagée vers les organes gastro-hépatiques par la présence des calculs.

En définitive, le médecin a peu de moyens à employer pour aider la nature à se débarrasser des corps étrangers qui apportent un obstacle mécanique à l'écoulement physiologique de la bile. Il doit se borner à combattre les accidents généraux ou locaux, et recourir à une sorte de traitement prophilactique basé sur la connaissance chimique de la composition des calculs du foie. Ceux-ci paraissant particulièrement formés de parties azotées, il semble opportun, par la prescription d'un régime purement végétal, d'éviter de fournir à l'économie de nouveaux matériaux pathogéniques.

Les calculs biliaires sont insolubles dans l'eau, mais solubles dans l'alcool bouillant; des parcelles brillantes se précipitent par le refroidissement. Selon M. Chevreul ils sont formés de cholestérine, de matière jaune et d'une petite quantité de picromel. Suivant M. John, ils contiennent de plus une matière grasse, verte, un principe sucré, de l'oxide de fer, du phosphate de chaux, des sels alcalins, une matière noire et de l'eau.

Il est à remarquer que ces résultats sembleraient contraires aux prescriptions des eaux de Vichy, de Spa, à l'administration des sels neutres, des terres foliées et de plusieurs substances et médicaments conseillés contre les obstructions, ou certaines obstructions au foie.

A. Berton, D.-M.,
Chirurgien aide-major de la garde municipale de Paris.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur quelques cas remarquables de simulation. — Qui nous expliquera le mystère de certaines organisations morales? Qui nous dira le motif déterminant de certaines résolutions extraordinaires, qui, maintenues avec opiniâtreté, doivent au premier aperçu faire prendre le change aux hommes les plus clairvoyants, et leur faire considérer un fait qui n'a rien que de naturel comme un fait exceptionnel et hors de portée de l'intelligence? Nous rangerons parmi ces cas merveilleux recueillis et commentés par des personnes trop faciles, l'histoire de cette jeune femme dont les journaux viennent de tant s'occuper, et qui, « quoique fraîche, n'ayant pas mangé depuis un an et huit mois, et n'ayant pas eu depuis ce temps la moindre excrétion, allaitait néanmoins une belle petite fille de six mois. » Cette femme nous l'avons vue à l'Hôtel-Dieu, d'abord dans le service de M. Caillard, puis maintenant dans celui de M. Magendie, au n. 60 de la salle Sainte-Monique, où elle est encore. Aujourd'hui le miracle est dissipé, et nous pouvons assurer qu'elle mange et se conduit en tout comme une simple mortelle. Ce qu'il y a de vrai c'est que cette femme, âgée de trente et un ans, et d'un embonpoint raisonnable, prétendit, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 30 septembre dernier, que depuis vingt mois elle n'avait pris aucun aliment, et qu'elle avait la faculté de vivre sans manger. En effet, dans les premiers jours on ne s'aperçut effectivement pas qu'elle prît de la nourriture; elle laissait intact tout ce que l'on mettait auprès de son lit, soit en aliments solides, soit en boissons. C'est alors qu'on l'enferma dans un petit cabinet isolé, en mettant à sa disposition des aliments et des boissons dont la quantité était pesée et mesurée. Elle paraît avoir résisté au jeûne encore pendant huit jours; mais le neuvième elle a mangé, et elle a continué depuis; de plus on a trouvé des excréments très-bien cachés au milieu de la laine du matelas de sa petite chambre. Elle avait eu soin de recoudre l'ouverture qu'elle avait pratiquée pour cette introduction.

Quel intérêt avait cette femme, je le demande, à se conduire ainsi?

Quel motif l'a dirigée dans le rôle qu'elle a joué? Aucun autre, sans nul doute, que le désir qu'on s'occupât d'elle. Combien de femmes n'avons-nous pas vu n'ayant d'autre but que celui-là, simuler l'action magnétique, jouer le somnambulisme, se laisser enfoncer des aiguilles dans les chairs sans sourciller, répondre aux questions, et lire avec un imperturbable applomb dans l'avenir, et se moquer ainsi de la crédulité de certains magnétiseurs? Ce que nous disons nous l'avons vu, et nous pourrions rapporter à cet égard plusieurs histoires curieuses. En attendant que nous leur trouvions une place, voici un fait qui a la plus grande analogie avec celui observé à l'Hôtel-Dieu, et qui prouve avec quelque constance on peut supporter les dégoûts, les souffrances, la honte même, plutôt que d'abandonner un rôle qu'on a commencé.

Il existait il y a une quinzaine d'années, dans les salles de l'hôpital de la Charité, une femme ayant quelque aisance, qui depuis deux ans, disait-on, n'avait point rendu par les voies naturelles le moindre atôme de matière fécale ni d'urine. Les premières étaient expulsées par le vomissement, les urines passaient moitié par l'ombilic, moitié par le vomissement. Cette croyance était généralement admise à l'hôpital, et par les internes et par le professeur Leroux; et Nysten a publié l'observation comme un fait extraordinaire d'aberration des fonctions. En effet on voyait la malade vomir tous les jours des matières fécales; elle avait une éponge dont elle s'essuyait souvent l'ombilic comme pour absorber l'urine qui y suintait. Personne ne pensait à une supercherie, lorsque Boyer, voyant les matières arrondies que vomissait la malade, fit l'observation qu'elles devaient venir non du petit, mais du gros intestin. Cette réflexion judicieuse fit ouvrir les yeux aux médecins, et les porta à prendre quelques précautions pour s'assurer de la vérité des faits. La femme fut mise le soir dans un caleçon blanc sans ouverture, on plaça ses mains dans des gants blancs qui furent cousus aux manches d'un gilet; M. Cayol passa la nuit en observation auprès d'elle. Plusieurs fois elle témoigna du malaise, s'agita, se plaignit, porta les mains à son ventre; elle assurait qu'elle n'avait pas besoin d'uriner par les voies naturelles, mais qu'elle sentait un travail qui lui annonçait que l'urine allait sortir par l'ombilic. Plusieurs fois elle mit sa tête sous les draps; le lendemain matin l'agitation était fort grande, le ventre très tendu. Enfin dans la journée elle n'y put plus tenir, elle urina tellement abondamment qu'elle mouilla tout son caleçon et traversa tout son lit. L'on trouva de plus sous son traversin des boules durcies de matières fécales qu'elle avalait pour les rendre par le vomissement; probablement elle exprimait aussi dans sa bouche l'éponge quand elle l'avait imbibée d'urine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CAUTÉRISATION DU PHARYNX, COMME MOYEN CURATIF DU CROUP, PAR M. FÉLIX HATIN.

Montaigne a dit quelque part que le meilleur médecin était celui qui connaît le plus grand nombre de remèdes empiriques. Ce qui peut, jusqu'à un certain point, justifier cette sentence, c'est que les médecins de toutes les sectes qui se sont succédé depuis Hippocrate jusqu'à nous ont été empiriques dans leur pratique, quoique essentiellement raisonneurs dans leurs doctrines. Pour se rendre compte de cette espèce de contradiction entre les actes et les paroles de nos prédécesseurs, et même de nos contemporains, il ne faut que se rappeler que l'empirisme c'est le fait, c'est l'expérience, qui se représente avec les mêmes formes, dans tous les temps, tandis que le dogme ou le raisonnement, c'est l'explication plus ou moins ingénieuse de ce fait; c'est sa théorie ; et celle-ci a dû varier selon les temps, selon les lieux, selon les individus et leur génie particulier.

L'empirisme est donc, en quelque sorte, le lien qui unit les diverses sectes entre elles.

Les vraies conquêtes de la thérapeutique ne sont pas des théories imaginées et soutenues avec plus ou moins d'esprit, mais bien les remèdes que le hasard ou l'expérimentation ont mis en nos mains.

Ceci posé, je vais demander place parmi ces conquêtes pour la cautérisation appliquée par le docteur Peronneau de Besson, au traitement de toutes les inflammations gutturales pharyngiennes ou laryngées. Déjà quatre fois je l'ai employée avec succès dans le cas de croup. Ceci ne préjuge rien en faveur de son action dans les autres cas, il est vrai; mais, en admettant même qu'elle ne fût véritablement efficace que dans l'angine laryngée pseudo-membraneuse, cette découverte n'en constituerait pas moins pour son auteur un titre à la reconnaissance de tous les hommes.

Je vais rapporter les quatre observations que j'ai été à même de faire personnellement sur la cautérisation appliquée au traitement du croup à son début. Elles me fourniront l'occasion de décrire le procédé de M. Peronneau et les modifications que la privation de ses instruments m'a conduit à y faire.

Obs. I. — Je fus appelé, le 18 novembre 1836, rue du Harlay, n° 5, chez M. Delacroix. Sa fille, âgée de cinq ans environ, avait été

prise dans la journée de cette toux rauque, si difficile à comparer, mais si facile à reconnaître quand on l'a entendue, et qui annonce l'invasion du croup. Je fis immédiatement appliquer des sangsues, et je témoignai à M. Delacroix toutes les craintes que m'inspirait la maladi de son enfant; car je savais par expérience que souvent la méthode perturbatrice employée dans ce cas n'était suivie d'aucun succès. Il avait heureusement parmi ses collègues un ami dont l'enfant, affecté du croup, guérit de cette maladie à l'aide de la seule cautérisation. Il me fit part de cette circonstance, et je l'engageai à faire appeler le médecin qui avait opéré cette cure merveilleuse. Quelques heures après nous étions réunis, M. Peronneau et moi.

Je reçus de mon confrère des explications très-détaillées sur son procédé et sur les expériences qui militaient en sa faveur. Et comme la cautérisation, telle qu'il la proposait, me parut innocente, je ne vis aucun inconvénient à la laisser pratiquer.

L'enfant fut assise sur les genoux de son père, qui, d'une main, lui fixa les bras, et de l'autre lui maintint la tête contre sa poitrine. L'opérateur se plaça devant elle, tenant de la main gauche un instrument propre à maintenir la bouche ouverte et la langue abaissée, et, de la droite, un long porte-pierre courbé comme une sonde et armé d'un cylindre de nitrate d'argent, saillant de quelques lignes et fortement assujetti. Mon confrère introduisit et plaça son *abaisse-langue*, et aussitôt après il glissa dans l'arrière-bouche son porte-pierre, et le promena rapidement sur tous ses points pendant une seconde ou deux. Il retira ensuite les deux instruments, pour laisser respirer la malade. Quelques minutes après, il fit une nouvelle cautérisation semblable à la première, et tout finit là.

L'opération achevée, l'enfant ne se plaignit que d'un sentiment de picottement et d'un léger besoin d'expuition, qui se dissipèrent après quelques instants. On lui fit boire de l'eau d'orge miellée, et on la remit dans son lit. Il était de neuf à dix heures du soir.

La nuit fut calme. Le lendemain la toux était devenue simplement catarrhale, et ne nous laissait plus de craintes. L'inspection du gosier me fit voir que les amygdales, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx, et tous les autres points accessibles à la vue, étaient couverts d'une escarre d'un blanc de lait. Cette escarre tomba les jours suivants par lambeaux, en laissant après elle une vive rougeur, qui cependant était accompagnée d'assez peu de douleur pour ne point gêner la déglutition. Le quatrième jour, il n'en restait plus de traces, et l'enfant se rétablit promptement.

Tout le monde sera frappé sans doute, comme je le fus moi-même,

de la simplicité de l'opération que je viens de décrire. J'avoue que tout d'abord je m'en faisais une toute autre idée. Je pensais que, pour être suivie de succès, la cautérisation devait pénétrer jusque dans le larynx. A mes yeux c'était là, non-seulement une véritable difficulté, mais encore un danger réel. Je craignais, en effet, que, dans les efforts qu'il faudrait faire pour arriver à la glotte, le caustique ne vînt à se rompre, et ne fût entraîné, soit dans la trachée-artère, soit dans l'estomac. Je craignais encore que ces efforts n'amenassent quelque lésion sérieuse du larynx. Enfin, je craignais la suffocation immédiate, par suite de l'action du caustique sur la glotte.

On a vu que, dans le procédé suivi par M. Peronneau, tous ces dangers n'existent pas, et que, sans faire pénétrer le caustique dans la glotte, on n'en obtenait pas moins la guérison du croup. Il est vrai qu'il faut agir au début de l'affection pour obtenir ce résultat, tandis qu'en pénétrant dans le larynx on pourrait espérer de détruire la fausse membrane, alors même qu'elle serait descendue dans la trachée-artère. Malgré tous les dangers que je signalais précédemment, je crois que ce moyen devrait être tenté, si la cautérisation pharyngienne ne suffisait pas. Dans cette croyance, je vais faire confectionner un instrument à l'aide duquel j'espère vaincre les difficultés et éloigner les principaux dangers de cette opération.

Obs. II. — Le fils de M. Imard, directeur de l'hôpital de la Pitié, âgé de neuf ans et demi, fut pris, dans la nuit du 5 au 6 février 1837, des premiers symptômes du croup. Les parents m'envoyèrent chercher dès six heures du matin. Je m'estimais fort heureux de connaître les bons effets de la cautérisation; car je ne sais vraiment si mon petit malade eût pu supporter le traitement ordinaire, tant sa constitution est grêle. Avant toutefois de la mettre en pratique, je voulus avoir l'avis de M. le docteur Serres, membre de l'Institut, et médecin de la Pitié. Son avis fut conforme au mien. En conséquence, j'abaissai la langue du petit malade et je cautérisai, à deux reprises différentes, à l'aide d'un long portepierre courbé, ainsi que je l'avais vu faire dans le cas précédent. Le soir du même jour, la toux croupale avait disparu. Celle qui restait était humide et grasse. Elle se conserva avec ce caractère, tout en diminuant d'intensité, les deux ou trois jours suivants. Du reste, le petit malade, mis à la diète pendant ce temps, et à l'usage d'une tisane d'orge et de miel, n'éprouva pas le plus léger accident, et guérit promptement.

Obs. III. — Le 20 mai 1837, à dix heures du soir, je fus appelé chez M. David, boulanger, rue Bourtibourg, pour donner mes soins à son fils, âgé de onze ans, et qui avait été pris, dans la journée, d'une

toux dont le timbre particulier avait éveillé la sollicitude de sa mère. Je reconnus la toux croupale, et je proposai la cautérisation. Elle fut acceptée. Comme je n'avais sur moi aucun instrument propre à cette opération, je courus chez un pharmacien du voisinage demander un cylindre de nitrate d'argent. Je l'assujettis fortement dans un tuyau de plume, et je diminuai la flexibilité de la portion barbue de cette plume, en la ficelant sur un petit bâton qui servit de manche à mon porte-pierre improvisé.

Pour abaisser la langue, je ne me servis que de l'indicateur de la main gauche, et je cautérisai avec plus de facilité, et avec autant d'efficacité que dans le cas qui précède. On pourrait croire que, dans ce procédé, l'opérateur risque d'être blessé par le rapprochement volontaire ou non des mâchoires du patient : il n'en est rien. La présence du doigt sur la base de la langue provoque des efforts de vomissement qui font ouvrir largement la bouche, et dont il faut profiter pour porter le caustique sur l'épiglotte et les parties voisines.

Obs. IV. — Madame Cordie, demeurant rue des Marmouzets, m'amena, le 29 mai 1837, sa fille, qui présentait bien évidemment la toux croupale. Je proposai à la mère de me laisser cautériser la gorge de son enfant. Elle y consentit, et je le fis immédiatement et de la manière suivante :

J'alongeai un porte-pierre ordinaire, en vissant la partie qui renferme la tige *caustifère* sur celle qui sert de magasin pour loger le nitrate d'argent qu'on a en réserve (1). J'abaissai ensuite la langue de la malade avec un seul doigt porté sur sa base; puis je portai la pierre sur l'épiglotte et les points environnants. En deux fois, la luette, les piliers du voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, et la base de la langue, furent couverts de l'escarre blanchâtre qui suit leur cautérisation par le nitrate d'argent solide. Le lendemain la toux avait totalement changé de caractère : le croup avait disparu.

Tels sont les faits sur lesquels je désire appeler l'attention du monde médical. Sans doute ils sont peu nombreux, et par cela même, dira-t-on, peu concluants ; mais, en attendant qu'ils le soient davantage, bien des victimes, que la cautérisation peut arracher à la mort, n'auront-elles pas succombé? et n'est-il pas de mon devoir de me hâter autant que possible de populariser un moyen si simple, si exempt d'inconvénients, et en même temps si efficace à prévenir le développement d'une maladie, jusqu'à ce jour la terreur des mères et le désespoir de l'art.

---

(1) Ce moyen, qui double presque la longueur du porte-caustique, nous paraît simple et ingénieux. (*N. du R.*)

Je dis prévenir ; car, il faut l'avouer, si la fausse membrane occupe déjà le larynx, et surtout la trachée, la cautérisation pharyngienne est impuissante. Du moins, deux fois employée dans ce cas par moi-même, chez deux enfants, près desquels je ne fus appelé, chez l'un que le troisième jour, chez l'autre que le quatrième, elle n'eut aucune influence sur la marche de la maladie. Je crois donc qu'il faut agir dans les premières heures de l'apparition de la toux croupale ; c'est du moins dans ces circonstances que le succès a toujours couronné mon attente.

On dira peut-être encore que, dans tous ces cas, je n'ai eu affaire qu'à de faux croups. Admettons un moment cette supposition. Comme, dans un cas de toux croupale, il serait excessivement imprudent d'attendre que le développement de la maladie, qui seul peut donner le mot de l'énigme, vînt révéler le véritable croup, on s'empresse ordinairement d'agir comme si ce dernier était bien constaté. On applique d'abord de nombreuses sangsues ; on donne ensuite des émétiques, des purgatifs, et notamment le calomel à haute dose. Bref, on met en usage tous les moyens perturbateurs que l'on croit propres à prévenir la formation d'une fausse membrane.

Croit-on qu'une semblable méthode soit aussi innocente que la cautérisation, telle que je l'ai pratiquée? Comparons. Dans la méthode perturbatrice, on est obligé de mettre toute l'économie en émoi pour arriver jusqu'au mal ; par la cautérisation, on n'agit que localement, mais directement. La méthode perturbatrice épuise les enfants par l'abondance du sang qu'il faut leur soustraire, par les nausées, par les vomissements, par les hypersécrétions qu'elle sollicite ; la cautérisation n'entraîne aucune perte, aucune cause d'épuisement. La méthode perturbatrice introduit dans l'économie des substances vénéneuses, qui peuvent, les unes, produire une véritable infection mercurielle, et toutes, amener une inflammation gastro-intestinale ; la cautérisation est exempte de ces inconvénients, car c'est à peine si elle est suivie d'une légère irritation locale. Enfin, la méthode pertubatrice a moins d'efficacité dans le début du croup que la cautérisation, et toutes deux sont également impuissantes quand les fausses membranes sont descendues dans la trachée-artère, et surtout dans les bronches.

Il faut donc conclure de ce parallèle que, même dans le pseudo-croup, la cautérisation l'emporte de beaucoup sur la méthode ordinaire, et qu'on devra toujours lui donner la préférence.

J'ai admis un moment que les quatre cas que j'ai observés n'étaient que de faux croups. Mais qui le prouve? et pourquoi l'admettre? Ne sait-on pas déjà que la cautérisation est un moyen spécifique dans l'angine pseudo-membraneuse? Et le croup est-il autre chose que cette an-

gine, affectant alors plus spécialement les voies aériennes? Si c'est là une vérité démontrée, si, d'autre part, on sait que la fausse membrane commence le plus souvent par les amygdales, avant de s'engager dans la glotte, que reste-t-il de merveilleux à voir le croup s'arrêter sous l'influence de la cautérisation? Rien, en vérité... Mais, y eût-il du merveilleux, le phénomène ne pût-il s'expliquer par aucune des connaissances acquises à notre époque, il faut encore en profiter, en attendant que des recherches ultérieures puissent nous en donner une raison satisfaisante.

Pour moi, ma tâche est remplie. En signalant un moyen que je crois propre à prévenir le croup, en exposant les faits sur lesquels repose ma conviction, en invitant mes confrères à répéter mes expériences, j'acquitte un devoir de conscience, et la part de tribut que nous devons tous, comme médecins, à la science et à l'humanité (1).

NOTE SUR QUELQUES NOUVEAUX MODES D'EMPLOI DU SUC DE PERSIL, DU SEIGLE ERGOTÉ, ET DE L'HUILE ESSENTIELLE DE TÉRÉBENTHINE.

Les cliniques des départements et de l'étranger présentent chaque jour plus d'un fait utile et plus d'une vérité pratique qui échappent à la presse médicale. Des articles spéciaux, qui viendraient par intervalle grouper ensemble ces observations isolées, ne seraient pas, ce me semble, sans intérêt et sans instruction. Il serait à désirer que les médecins qui voyagent consacrassent à ce sujet un chapitre à part dans l'histoire de leur excursion, et que, mettant tout amour-propre d'auteur de côté, ils voulussent consentir à peindre les vues et les découvertes d'autrui; e praticien retirerait souvent de précieuses lumières de ces recherches de thérapeutique. C'est cette pensée qui a dicté les notes suivantes, extraites de la relation plus étendue de mon voyage médical en France et en Italie.

1° *Emploi du suc de persil dans la blennorrhagie.*

Le persil (*apium petro selinum*, *L.*) est presque oublié dans la plupart des traités de matière médicale. On range, parmi les excitants

(1) C'est avec plaisir que nous donnons une place au bon travail que M. le docteur Félix Hatin a publié dans la *Revue médicale*. Nous avons fait subir quelques retranchements à cet article, mais ils ne nuisent en rien à l'exposé de la méthode que M. Hatin préconise, méthode sur laquelle nous appelons l'attention de nos confrères et que nous soumettons à leur expérience. (*N. du R.*)

généraux tirés du règne végétal ses graines, qui faisaient autrefois partie des *quatre semences froides mineures;* et ses racines sont classées parmi les excitants de la sécrétion rénale; les premières, disent MM. Edwards et Vavasseur, ne sont plus employées, et les secondes le sont rarement. Ce qui suit a trait à l'emploi des feuilles et de la tige du persil.

J'ai vu ce moyen réussir, à Montpellier, entre les mains de M. Lallemand, dans quelques cas où il avait inutilement administré le baume de copahu, la térébenthine, la potion de Chopart, etc. Il leur substitua avec succès le suc de persil.

Il se produit en quelque sorte une médication homœopathique; non-seulement le persil est diurétique, mais il exerce en outre une action spéciale sur l'urètre; il irrite la muqueuse du canal, et seul il pourrait déterminer une espèce de blennorrhagie. Je l'ai vu néanmoins supprimer un écoulement sur deux malades. Voici ce qui se passe dans la pluralité des cas : il se manifeste bientôt un chatouillement incommode dans le canal; on exaspère momentanément les symptômes, la blennorrhagie est d'abord augmentée, puis elle diminue et se tarit rapidement.

Le suc de persil paraît réussir d'autant mieux que l'urétrite est plus aiguë, et l'écoulement plus abondant; dans la blennorrhée chronique, où la texture organique de la muqueuse est déjà altérée, on conçoit que ce moyen peut rester insuffisant; il faut un agent qui modifie plus profondément son organisation anatomique. Il est quelquefois nécessaire d'aider l'action de ce remède par quelques anti-phlogistiques.

Il faut toujours en surveiller l'administration, afin de prévenir ou de combattre les inconvénients qui l'accompagnent dans quelques circonstances : c'est ainsi qu'il lui est arrivé de provoquer des ardeurs d'estomac, ou des coliques, quand la dose est trop élevée; je l'ai vu produire une diarrhée opiniâtre, qu'il fallut combattre avec des lavements au nitrate d'argent.

Le suc de persil s'obtient par trituration de la plante fraîche. On le fait prendre dans un verre d'eau; on commence par deux ou trois gouttes, matin et soir; on peut ensuite en augmenter la dose. C'est un remède qui a l'avantage d'être facile à trouver et à préparer, qu'on peut se procurer à bon marché, et qui permet de traiter les malades sans beaucoup d'embarras, pourvu qu'on prenne les précautions nécessaires pour éviter la fluxion diarrhéique.

2° *Emploi du seigle ergoté dans la paralysie.*

Il en est de la paralysie comme de la blennorhagie : ce sont des maladies si fréquentes et si rebelles que l'art ne saurait trop multiplier ses ressources.

Le seigle ergoté (*sclerotium clavus*, de Candolle; *phacelia segetum*, Léveillé; *secale cornutum L.*) a été exclusivement classé parmi les excitants spéciaux de l'utérus, et, en conséquence, il n'est guère usité que dans des cas d'obstétricie. Cette note est relative à une autre indication de cet agent thérapeutique.

Quand on examine les effets immédiats et physiologiques de l'administration de l'ergot du seigle, on est conduit par induction à en étendre les cas; dans la parturition, lorsqu'on le donne contre l'inertie de l'utérus et ses diverses conséquences, on voit que les muscles du ventre sont simultanément aidés dans leur action expulsive qui concourt si puissamment à la délivrance. Il est logique d'en conclure que le seigle ergoté agit particulièrement snr la partie inférieure de la moelle épinière; de là on est porté à l'employer dans des cas morbides où l'indication est d'agir sur cette région nerveuse.

Il y a ici quelques distinctions pratiques à établir : il est d'observation qu'il ne réussit guère dans les hémiplégies, du moins il a paru peu influencer les paralysies des membres thoraciques surtout : c'est dans les paraplégies que son administration est le mieux indiquée. Il a produit d'heureux effets chez les enfants qui sont atteints d'affaiblissements dans les membres abdominaux, par défaut de soin de la part des nourrices; il semble même que ces petits malades en supportent bien les doses. Chez les adultes il jouit aussi d'une efficacité marquée dans quelques cas; en voici un exemple : Un matelot fit une chute du haut d'un mât sur le tillac d'un vaisseau; il devint impotent et cul-de-jatte. Pendant quelque temps il fut infructueusement traité par Delpech, à l'aide des moxas et des moyens ordinaires. L'ergot, entre les mains de M. Ducros aîné, de Marseille, en obtint la guérison.

Il y a pour le seigle ergoté, comme pour le suc de persil, plusieurs précautions à signaler : on débute par six grains; on augmente progressivement la dose de deux ou trois; on a pu s'élever jusqu'à quarante-huit; mais d'ordinaire, avant qu'on soit arrivé à trente-six, on apprend que le malade commence à éprouver des fourmillements et des picotements dans les membres, à peu près comme dans l'emploi de la noix vomique. Le plus souvent il y a constipation : j'ai vu dans nn cas la diarrhée. En guise d'adjuvant, on peut faire prendre préalablement un demi-lavement de térébenthine, que quelques auteurs regardent comme un excellent moyen conducteur.

Une précaution essentielle dans ce traitement, c'est de surveiller les effets du remède; l'ergotisme est là pour convaincre le médecin de l'utilité de ce précepte; comme le résultat *thérapeutique* de l'ergot pourrait devenir *toxique*, il importe de prévenir et de combattre son action sep-

tique consécutive; à cet effet, on prescrit un régime animal, sinon succulent, du moins fortifiant, comme, par exemple, l'usage des viandes rôties qui contiennent beaucoup d'osmazome. Chez un homme, traité par M. Ducros aîné, qui ne pouvait le visiter que de loin en loin, l'administration du seigle ergoté fut suivie d'une escarre au talon; avec ce mode de nourriture, il parvint à guérir et la gangrène et la paralysie.

Il est bon de rappeler que l'ergot, pour garder ses propriétés, veut être conservé avec soin. Quant à ce qui regarde la paralysie, il reste à l'expérience à mieux déterminer les indications spéciales et les meilleures préparations de cet agent thérapeutique qu'il m'a paru utile de signaler.

3° Emploi de l'huile de térébenthine dans les iritis et les choroïdites chroniques.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup multiplié les cas d'emploi de l'essence ou huile essentielle de térébenthine; mais on s'est peu occupé, que je sache, de l'indication que je signale.

En 1829, Carmichael de Dublin, et, quelque temps plus tard, Guthrie (*London med. Gaz.* IV. — 509) préconisèrent ce moyen dans les inflammations lentes de l'iris et de la choroïde. M Flarer, professeur d'oculistique, à Pavie, commença à l'expérimenter en 1834; voici les résultats qu'on peut déduire du résumé bisannuel du docteur Trinchinetti, agrégé à la clinique: après que les autres moyens avaient échoué, la térébenthine a réussi dans quatre cas d'iritis primitif, de forme subaiguë et chronique, et de causes soit rhumatismale ou arthritique, soit traumatique; dans le dernier, il y avait simultanément glaucôme; il a été amélioré et la vue en partie rendue au malade. Elle a également réussi dans huit cas d'iritis chronique, consécutifs à des opérations de cataracte par scléroticonyxis, comme par kératonyxis, sur des personnes d'âge et de tempéraments divers. Je dois dire que ces inflammations profondes de l'œil étaient plus d'une fois accompagnées soit de kératite, soit d'hypopyon. Sur un autre malade, l'huile essentielle de térébenthine échoua; elle tenait à une cause mécanique persistante, je veux parler de la présence du crystallin déplacé et branlant, qui venait heurter contre le cercle pupillaire.

L'essence de térébenthine, d'après les expériences de MM. Flarer et Trinchinetti, abat la douleur locale, calme l'état général de l'organisme, diminue la congestion oculaire et le larmoiement, et favorise l'absorption du pus ou du sang épanché dans les lames de la cornée ou dans la chambre antérieure. Elle est diurétique, et donne aux urines l'odeur de la violette. Au lieu de produire un effet purgatif, comme l'indiquent la plupart des pharmacologues, elle a le plus souvent constipé;

elle a exercé aussi une action marquée sur l'estomac; ainsi elle a quelquefois entraîné des aigreurs, et amené cet état qu'on nomme gastrisme (*gastrismo*).

Il a paru que la meilleure manière de l'administrer était de la donner suspendue dans une émulsion d'amandes; la dose varie d'un demi-gros à quatre gros pour six à huit onces de véhicule, à prendre en trois fois dans la journée. Voici la formule de Carmichael :

Prenez : Huile essentielle de térébenthine. . quatre gros.
Jaune d'œuf n° 1.

Mêlez. — Ajoutez peu à peu :

Émulsion d'amandes. . . . . quatre onces ;
Sirop d'écorce d'orange. . . . . . deux onces ;
Essence de cannelle.. . . . . trois ou quatre goutt.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Quant aux aigreurs, l'expérience a appris que l'addition de quelques grains de sous-carbonate de soude était le meilleur moyen de prévenir le gastrisme; et cette modification est à introduire dans la formule.

Je n'ajouterai plus qu'une remarque, c'est qu'on peut employer l'essence de térébenthine concurramment avec d'autres moyens thérapeutiques. Ce sera, entre les mains des praticiens, un nouvel agent fort opportun pour combattre des états morbides aussi rebelles que le sont souvent les phlegmasies lentes de la choroïde et de l'iris.

PÉTREQUIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LE TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES.

L'étranglement des hernies intestinales produit des accidents dont le résultat fâcheux est d'autant plus facilement prévenu, que le chirurgien aura moins tardé à remplir l'indication la plus pressante, qui consiste à soustraire aux causes de l'étranglement les parties déplacées et à les faire rentrer dans la cavité abdominale.

L'art possède deux moyens d'atteindre ce but : le taxis et le débridement.

Occupons-nous d'abord du premier. En général simple et facile quand les conduits herniaires et leurs orifices conservent des dimensions en harmonie avec le volume des organes qu'ils embrassent, le taxis est

toujours plus compliqué quand les rapports ont cessé d'exister : il peut même devenir impossible.

Les difficultés qui l'entourent alors, les conditions morbides où sont placées les parties qui entrent dans la composition de la tumeur, ont paru à quelques chirurgiens un motif suffisant pour le rejeter d'une manière presque absolue. *Boyer* (1) pense « que, dans le doute où l'on est de voir réussir les moyens ordinaires de réduction, il vaudrait peut-être mieux, sans y avoir préalablement recours, pratiquer le débridement, aussitôt que l'étranglement inflammatoire se manifeste ; dût-on, ajoute-t-il, opérer dans certains cas où à la rigueur il eût été possible de réduire. »

Il semble, par ces lignes, que *Boyer* regarde comme irréductible le plus grand nombre des hernies étranglées. Les faits que j'ai recueillis plus spécialement dans la pratique de M. le professeur Lisfranc infirment cette manière de voir. Pour nous la réductibilité des hernies constitue la règle, l'irréductibilité forme l'exception.

Nous voyons d'ailleurs *Desault* combattre en faveur d'une sage temporisation, et ne recourir au débridement qu'après s'être convaincu de l'impuissance des moyens ordinaires. D'autres praticiens, dont le nom a conquis dans la science une juste célébrité, partagent les idées de *Desault*. Sir Astley Cooper s'exprime ainsi (2) : « La compression doit être maintenue depuis un quart d'heure jusqu'à une demi-heure ; il ne faut pas y renoncer trop précipitamment. » M. Lisfranc, qui a déjà tant élargi le domaine de la thérapeutique chirurgicale tout en restreignant celui de la médecine opératoire, a démontré, par des faits publiés en 1825, que l'on pouvait, avec succès, tenter la réduction du plus grand nombre des hernies étranglées, et éviter ainsi une opération dont les suites sont trop souvent fatales.

Bien qu'il admette le taxis comme méthode générale de traitement, le professeur de la Pitié, fidèle aux sages principes d'éclectisme qui font la base de la conduite chirurgicale, veut qu'avant de l'employer on résume avec soin toutes les circonstances physiologiques et pathologiques qui peuvent en modifier l'usage.

L'état général du sujet, son âge, son développement musculaire, la différence des causes sous l'influence desquelles la hernie s'est produite ; la nature de l'étranglement, son siége, sa durée ; la nature des parties qui forment la tumeur, l'aspect, la consistance de celle-ci ; tous ces détails doivent être pris en grande considération ; c'est en effet leur appréciation rigoureuse qui éclairera la conduite du chirurgien.

(1) Œuvres chirurgicales, p. 93.

(2) Œuvres chirurgicales, traduction de MM. Chassaignac et Richelot.

On se demande s'il est facile de préciser la limite au-delà de laquelle il y aurait danger à porter le taxis.

Toutes les fois qu'aux symptômes d'étranglement offerts par une hernie succède tout à coup un calme profond, que le malade regarde à tort comme un retour à la santé, il ne faut pas essayer de réduire. L'expérience a prouvé que l'intestin est gangrené, et que, si on opère la réduction des parties ainsi frappées de mort, il se fait dans la cavité abdominale un épanchement de matières stercorales, suivi rapidement d'une péritonite mortelle.

Il ne peut y avoir de doute pour le cas que nous venons d'examiner, mais il s'en faut que la question soit toujours aussi nettement tranchée. Il peut s'agir d'un individu qui porte une hernie accompagnée, depuis quatre ou cinq jours, de tous les symptômes d'un étranglement inflammatoire, sans qu'aucun signe indique actuellement l'existence de la gangrène. M. Lisfranc veut que l'on s'abstienne de toute manœuvre de réduction. Deux fois, après l'emploi du taxis suivi de succès dans des circonstances semblables, il a vu les malades succomber à une péritonite sur-aiguë. Chaque fois, à l'autopsie, on constata la gangrène de l'intestin et l'épanchement des matières stercorales dans le péritoine, quoique aucun symptôme de gangrène n'ait existé.

Le nombre et la durée des essais, que l'on peut rationnellement tenter pour réduire une hernie étranglée, forment une question qu'il importerait beaucoup de pouvoir résoudre avec exactitude; car, si on doit rejeter les préventions trop exclusives des ennemis du taxis, il faut se garder d'un excès contraire et ne pas compromettre, par des exagérations nuisibles, une méthode qui, entre les mains de son auteur, obtient de si heureux résultats. C'est sur les indications que M. Lisfranc recommande de régler sa conduite. Lorsque la tumeur herniaire est dure, très-enflammée, que l'abdomen, outre la tension produite par l'accumulation des gaz dans le canal intestinal, offre une sensibilité très-vive, surtout sous l'influence de la pression, ce qui prouve que l'inflammation tend à se propager à la cavité péritonéale; lorsque à ces symptômes s'ajoutent encore la petitesse du pouls, la dépression des traits, l'anxiété du visage, le professeur de la Pitié prescrit de se borner à une seule tentative modérée. L'opération du débridement est le plus souvent indispensable. Si les symptômes d'étranglement sont moins intenses, les tentatives peuvent être plusieurs fois répétées : il est rare qu'en les aidant de l'action des anti-phlogistiques locaux et généraux, habilement dirigés, de celle des bains entiers, des lavements émollients, on ne parvienne pas à réussir. Quant à la durée de la manœuvre, il n'est pas possible de donner une mesure mathématique; M. Lisfranc pense que les chirurgiens s'exagè-

rent en général les inconvénients du taxis longtemps prolongé. Il a prouvé que l'on pouvait, sans danger, réduire des hernies sur lesquelles les efforts de réduction avaient été exercés pendant une demi-heure, trois quarts d'heure, et même une heure.

Récemment encore, il eut occasion d'appliquer cette méthode sur une femme de trente-trois ans, qui portait une hernie fémorale étranglée depuis vingt-quatre heures. Il ne parvint à faire rentrer la tumeur qu'après une heure de tentatives soutenues sans interruption. Cette malade n'a pas éprouvé le plus léger accident : dix jours après elle a quitté l'hôpital dans un état parfait de santé.

Le fait que je viens d'énoncer présenta plusieurs circonstances dignes de fixer l'attention des praticiens.

La malade nous assura qu'avant son entrée à l'hospice son médecin avait, à cinq reprises différentes, vainement tenté la réduction de la tumeur. Le chirurgien de la Pitié ne tint aucun compte de ce renseignement : il observa que souvent, dans le but de se soustraire à des douleurs nouvelles, les malades cachent la vérité ; et que, s'ils la disent, il est possible que le défaut d'habitude et à la rigueur la connaissance incomplète des dispositions anatomiques aient fait échouer, entre les mains d'un confrère d'ailleurs instruit, un moyen qui, mieux employé, réussira complétement.

Pendant que l'on pratiquait le taxis, la malade, vaincue par la douleur, fut sur le point de tomber en syncope. Un aide se mit en devoir de remédier à cet accident : M. Lisfranc s'y opposa. En effet, loin d'être une complication fâcheuse, la syncope favorise les manœuvres de réduction, en détruisant l'éréthisme nerveux et en neutralisant la réaction spasmodique des muscles abdominaux et du diaphragme. Une circonstance qui contribua beaucoup à retarder le succès de l'opération fut la présence des morsures de sangsues sur la tumeur elle-même.

Cette coutume de placer les vers aquatiques au centre des tissus enflammés a de graves inconvénients sans le moindre avantage. Le chirurgien à qui nous sommes redevables de la plupart des considérations qui font le sujet de cet article a prouvé que les sangsues, mises hors la sphère et sur les confins de la maladie, agissent aussi efficacement que si on les appliquait sur la tumeur enflammée elle-même. Pour le cas en particulier qui nous occupe, il y a un autre avantage incontestable. En effet, si on pratique le taxis sur une hernie dont la surface est parsemée de morsures de sangsues, la pression des doigts irrite, déchire les petites plaies, ou produit de la douleur, le malade devient très-indocile ; de plus, il se fait sur la peau un suintement sanguin quelquefois très-abondant ; le sang liquide, plastique, onctueux, se place entre les doigts

qui glissent sur les tissus, et ne peuvent plus embrasser la tumeur aussi exactement, ce qui rend la réduction très-difficile. Il y a plus, dans le cas où celle-ci est définitivement impossible, et où l'opération est indispensable, le chirurgien rencontrera des obstacles d'une autre nature. On sait qu'en médecine opératoire il est de principe d'agir sur des tissus sains; or, les sangsues déterminent souvent autour de leurs morsures des ecchymoses profondes, et le tissu cellulaire peut être le siége d'une infiltration sanguine : on est obligé alors de porter l'instrument tranchant sur des parties qui ont perdu leur intégrité normale; il est moins facile de distinguer la nature des organes sur lesquels manœuvre le bistouri, ce qui expose à de graves erreurs. N'oublions pas de faire observer que quand le collet du sac est très-étroit, la hernie très-dure, on ne doit guère faire de tentatives de réduction, parce que l'expérience a prouvé qu'elles échouaient le plus souvent.

Avant de chercher à réduire une hernie étranglée, il est une précaution indispensable que le praticien ne doit pas perdre de vue : il faut qu'il apprécie avec soin la direction suivant laquelle le pédicule de la tumeur se prolonge dans la cavité péritonéale, puisque c'est en refoulant l'intestin dans la direction de ce pédicule, qui est aussi celle du canal herniaire, qu'il réussira plus facilement. Pour acquérir la connaissance de ces détails importants, on doit s'éclairer des lumières de l'anatomie chirurgicale et de l'anatomie pathologique. Celle-ci vous apprend que, lorsque la hernie inguinale externe existe depuis longtemps et qu'elle a entraîné à l'extérieur une portion considérable de viscères abdominaux, le canal herniaire est déformé. La pression exercée par la tumeur l'a singulièrement dilaté surtout du côté de la symphyse pubienne, et il arrive une époque où les orifices interne et externe sont tellement rapprochés l'un de l'autre que la longueur du canal peut être réduite à l'épaisseur de la paroi de l'abdomen.

L'anatomie pathologique nous apprend encore qu'une hernie peut, après avoir parcouru une partie de l'étendue du canal, se faire jour à travers un point de ses parois. J. L. Petit rapporte qu'il disséqua une tumeur dans laquelle les parties déplacées avaient écarté les fibres du pilier externe de l'anneau inguinal, et avaient passé par cet écartement. Le même auteur a constaté que la hernie fémorale ne se produit pas toujours entre le pubis et le ligamant de Fallope; il a vu les fibrés de l'aponévrose du grand oblique assez écartées pour pouvoir admettre entre elles l'intestin ou l'épiploon. La tumeur se développe un peu au-dessus de l'endroit qu'occupe la hernie crurale ordinaire.

Ainsi, en résumé, trois faits anatomiques distincts peuvent se rencontrer : ou les canaux herniaires sont déformés, ou les viscères, après

avoir suivi une partie de la longueur du canal inguinal, peuvent s'égarer par un point quelconque de ses parois; ou enfin les parties déplacées ont parcouru une autre voie que les orifices naturels.

Pour éviter une erreur de diagnostic qui serait funeste aux malades en faisant renoncer au taxis pour recourir prématurément à une opération dont les chances sont très-incertaines, il faut embrasser la tumeur entre ses doigts, la porter de droite à gauche, de haut en bas, et *vice versâ;* exercer sur elle de légères tractions qui font saillir son pédicule, le mettent en relief et permettent de mieux apprécier sa direction réelle. On doit aussi engager le malade à tousser pour tâcher de reconnaître la direction suivant laquelle se produit l'impulsion qui vient de l'abdomen Quant à la position qu'il convient de donner aux malades, le chirurgien de la Pitié ne partage pas l'opinion des auteurs qui conseillent de placer les muscles de l'abdomen dans le relâchement complet. Il fait observer que les hernies se produisent plus facilement quand ces muscles sont tendus · c'est à cette tension des plans charnus de la paroi abdominale du côté gauche, dans tous les efforts exécutés par le bras droit, qu'il faut attribuer la fréquence plus grande du bubonocèle à gauche. Il suit de là que si on place les muscles dans un état de tension modérée, on réduira plus facilement. En se conformant à la méthode opposée, les efforts du taxis agissent sur les parois relâchées de l'abdomen qui n'offrent aucune résistance, et sont refoulées sur les organes encore contenus dans la cavité péritonéale. Ces parois, légèrement tendues au contraire, offrent un point d'appui; elles résistent à la pression, la cavité de l'abdomen est plus large, et la réduction est plus prompte. A l'appui de la théorie nous avons souvent entendu M. Lisfranc se servir d'une comparaison fort simple : « Que l'on cherche, dit-il, à passer le poing dans une ouverture pratiquée sur une toile lâche et à peine soutenue à ses extrémités, cette toile cédera, et se laissera difficilement traverser. Qu'elle soit, au contraire, tendue même légèrement, il sera très-aisé de la franchir. »

Un précepte fondamental, dont l'importance est si vivement sentie que tous les auteurs l'ont recommandé, est d'agir avec lenteur dans le taxis : il en est de cette opération comme du cathétérisme : une sage modération triomphe bien plus sûrement des obstacles qu'une violence irréfléchie. Il ne faut pas, après avoir fortement malaxé une hernie pendant quelques instants, l'avoir en quelque sorte brusquée en tous sens, la déclarer irréductible, et appeler le débridement à son secours. Ce n'est pas ainsi que se conduisent les praticiens servis par une longue expérience : après s'être livrés à un examen attentif de la tumeur, ils exercent des pressions lentes et ménagées : si le malade contracte éner-

giquement ses muscles abdominaux, ils savent attendre un moment plus propice; sans toutefois abandonner la compression, ils la maintiennent au même degré, et ne l'augmentent qu'à l'instant où à ce spasme musculaire succède le calme favorable à la réduction. Ils savent aussi adroitement distraire l'attention du malade.

Les mains doivent embrasser le plus exactement possible la tumeur : à cet effet, les doigts seront toujours juxtaposés; car, ainsi que le fait remarquer J.-L. Petit, si on les tient écartés les uns des autres, les parties se logent entre eux, le volume du bubonocèle diminue, et on croit à tort que la réduction s'en opère. Pour bien faire comprendre l'utilité d'une compression uniformément exercée sur tous les points, J. L. Petit émet une idée fort ingénieuse, dont la nature a d'ailleurs sanctionné la justesse, en se servant d'un procédé identique pour réduire quelques hernies : il voudrait que les mains du chirurgien pussent investir la tumeur comme le ferait un kyste à parois musculaires : la contraction de ses fibres, égale partout, remplirait parfaitement le but que l'on veut atteindre.

C'est à cette occasion que J. L. Petit rapporte l'observation d'une hernie étranglée, chez un homme de vingt-trois ans : après l'emploi des anti-phlogistiques, des émollients et des tentatives infructueuses de réductions, il se préparait à opérer, quand, sous l'influence de l'application subite d'eau froide, le dartos et le crémaster, entrant dans une contraction vive et générale, firent rentrer la tumeur.

Dans les cas où les obstacles au taxis résistent opiniâtrément, il est un moyen de réduire que j'ai vu souvent réussir contre le bubonocèle inguinal : le chirurgien embrasse avec les doigts de la main gauche le pédicule de la hernie, au moment où il s'engage dans l'anneau; de l'autre main, il refoule les parties déplacées; à mesure qu'une portion d'intestin est réduite, il la soutient avec les doigts appliqués sur l'anneau : il répète ainsi la manœuvre jusqu'à ce que la réduction soit entière.

Enfin, pour trouver la direction dans laquelle devront être exercés les efforts du taxis, dans la hernie inguinale externe, M. Lisfranc indique une ligne qui, partant de l'orifice externe du canal, va passer à un pouce et demi en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles du même côté.

La hernie fémorale est, toutes choses égales d'ailleurs, plus difficile à réduire : cette différence dépend de l'étroitesse de l'orifice, qui a livré passage à l'intestin et au trajet plus compliqué qu'il a parcouru.

La tumeur se porte d'abord en bas et en dedans; mais à peine elle a acquis un certain volume, qu'elle remonte en avant et en dehors, où elle

trouve moins de résistance, et elle croise la cuisse dans la direction de l'arcade crurale.

C'est à cause de cette disposition que les chirurgiens ont conseillé, pour réduire cette hernie, de la comprimer d'abord de haut en bas, de dehors en dedans, afin d'essayer de rétablir le parallélisme entre les organes déplacés et le conduit qu'ils ont traversé.

Les anatomistes ont établi le canal crural depuis une fossette péritonéale interne, jusqu'à l'ouverture que présente l'apouévrose superficielle du *fascia lata*, pour le passage de la veine saphène. Sans doute, la connaissance de cette disposition est utile; mais pour le praticien qui réduit une tumeur herniaire, M. Lisfranc fait remarquer qu'il n'y a, à vrai dire, de canal que ce qui en existe dans l'épaisseur même de la paroi abdominale, à moins que l'étranglement n'existe à l'orifice qui livre passage à la veine saphène.

Dans toute la cavité circonscrite par les deux feuillets de l'aponévrose crurale, l'intestin est libre ordinairement; l'obstacle n'est pas là; l'étranglement, quand il existe, siége presque toujours à l'anneau abdominal que limite en dedans le ligament de Gimbernat : il est vrai qu'il peut se trouver ailleurs; on l'a vu produit par le bord tranchant de l'anneau externe du canal crural des auteurs; mais c'est une exception rare qui n'infirme en rien la règle générale. On a beaucoup insisté sur la forme irrégulière du canal, sur sa direction en Z : M. Lisfranc n'admet pas cette disposition, que ne lui ont jamais montrée de nombreuses dissections faites pour ses cours d'opération. Cependant comme les manœuvres de réduction réussiront d'autant mieux qu'elles seront exercées sur le canal lui-même, et non pas à côté, il est important d'en préciser le siége; c'est pour ne l'avoir pas indiqué et parce que l'on presse tantôt ici, tantôt là, que le taxis échoue si souvent.

C'est encore à l'aide du système linéaire, qui est d'une utilité si incontestable en médecine opératoire, que l'on trouvera le siége du canal crural.

M. Lisfranc fait partir de l'épine du pubis une ligne horizontale longue d'un pouce; son extrémité externe répond au centre du canal : le bassin, dira-t-on, ne présente pas la même largeur chez tous les individus : pour l'homme adulte, les dimensions sont très-peu variables; chez la femme, où la différence est plus marquée, il suffira d'ajouter deux ou trois lignes à la mesure, pour qu'elle soit à peu près exacte. Maintenant, quelle est la direction du canal crural? On n'est pas très-d'accord sur ce point, mais on dit que la hernie crurale se fait en suivant le côté interne et antérieur du muscle psoas; ainsi la direction du canal est celle d'une ligne qui, partant du centre de son orifice inférieur, va pas-

ser à un pouce et demi environ de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles du même côté.

En supposant que le canal crural soit élargi, que le ligament de Gimbernat ait été repoussé en dedans, comme l'anatomie l'a démontré, la dilatation porte à peu près également sur les tissus qui sont situés au côté externe; il en résulte que le système linéaire n'a rien perdu de sa précision.

Pour réduire une hernie crurale, comme le bubonocèle inguinal, il est une précaution qu'il importe de ne pas négliger; je veux parler de la position du chirurgien : on est dans l'habitude de se placer en dehors et d'agir de bas en haut; souvent il arrive alors que la puissance est dirigée parallèlement à l'axe du tronc.

M. Lisfranc se met au côté externe et au-dessus du bassin; au lieu de refouler la tumeur dans le sens que nous venons d'indiquer, il l'attire à lui : de cette manière, on a plus d'adresse que si on poussait devant soi; il est plus facile de manœuvrer suivant la direction du canal, et la réduction est plus sûre. Toutefois les deux positions peuvent avoir de l'avantage l'une sur l'autre dans les cas difficiles; il était donc important de les signaler.

Après avoir examiné les points principaux de l'importante question du taxis, il nous reste à poser les règles du débridement pour les cas où le premier a définitivement échoué.

Prenant pour base de leur division l'artère épigastrique qui est situé contre la paroi postérieure du canal inguinal, au côté interne de son orifice supérieur, les pathologistes ont admis deux sortes de bubonocèles : l'un externe, qui se fait en dehors de l'artère; l'autre interne en dedans. Chacun a des symptômes qui lui sont propres. Dans le bubonocèle externe, la tumeur suit le trajet du canal inguinal, où elle se dessine très-obliquement. La paroi antérieure de ce dernier est soulevée par un choc brusque très-appréciable à la main, quand le malade fait des efforts pour tousser. En saisissant avec le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, et en exerçant de légères tractions, on apprécie très-bien le relief qu'il forme, et on sent qu'une nouvelle portion d'intestin cède et se laisse entraîner; quand ces signes existent, on conseille de débrider en dehors pour éviter l'artère épigastrique qui est en dedans : ce précepte, qu'on avait généralement admis, doit être rejeté depuis que l'anatomie lui a appris que le bubonocèle interne pouvait s'accompagner des mêmes circonstances. En effet, l'intestin peut passer à travers une éraillure de la paroi postérieure du canal, très-près du côté interne de l'artère épigastrique, et même contre cette artère. Comme dans la hernie inguinale externe, la tumeur alors est oblique; toute la différence d'obliquité ne

sera que de l'épaisseur de l'artère. Les viscères, abstraction faite de l'espace occupé par le vaisseau sanguin, parcourent toute la longueur du canal.

Les signes sont tellement identiques dans les deux cas, que le diagnostic différentiel ne peut être qu'approximatif, aussi est-il prudent de ne pas se débrider en dehors.

Dans le bubonocèle inguinal interne, la forme arrondie de la tumeur, la direction de son pédicule qui pénètre dans l'abdomen, d'avant en arrière, sans offrir la plus légère obliquité, sont donnés comme signes pathognomoniques : on conseille, dans ce cas, de faire porter le débridement en dedans. Mais l'anatomie nous a démontré, à l'occasion du taxis, que le bubonocèle externe pouvait, après avoir dilaté le canal inguinal, simuler une hernie directe ou interne. Le diagnostic devient alors très-difficile ; en débridant en dedans, on s'expose à couper l'artère épigastrique.

Il faut donc, d'après ces faits, pour débrider directement en haut, que la hernie soit externe ou interne. Si des adhérences entre le collet du sac et l'intestin rendaient le débridement en haut impossible, il faudrait le pratiquer latéralement, mais toujours obliquement, en formant, avec le bistouri et l'axe du corps, un angle à sinus inférieur de quarante-cinq degrés environ.

Le débridement de la hernie crurale étranglée ne peut être bien compris qu'autant que l'on se rappelle les dispositions et les rapports anatomiques des parties sur lesquelles on opère.

Au côté interne de la portion du canal crural, située dans l'épaisseur de la paroi abdominale, existe le ligament de Gimbernat ; en arrière, est le corps du pubis ; en dehors, on trouve les vaisseaux cruraux ; en avant, le cordon testiculaire ; au côté externe, l'artère épigastrique.

Depuis les travaux de Gimbernat, il semblait que le débridement dût se faire horizontalement sur le ligament auquel il a donné son nom. Mais les recherches que fit M. Lisfranc, sur un très-grand nombre de bassins, lui apprirent qu'une fois sur vingt l'artère épigastrique ou l'obturatrice passait sur la face postérieure de ce ligament. En outre, il arrive souvent, abstraction faite de ces anomalies, que des branches considérables de l'une de ces artères est adossée à ce ligament, ainsi que l'ont observé Smith et plusieurs autres chirurgiens anglais. On voit d'après cela, que le débridement horizontal au côté interne du canal crural (comme le considère le professeur de la Pitié) n'est jamais sans danger.

Bouchet, de Lyon, a débridé six fois avec succès, directement en haut.

Si on se rappelle la disposition du cordon spermatique qui se dirige

obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, qui, par conséquent, s'éloigne d'autant plus du canal crural, qu'on le considère plus en dehors ; on concevra comment, en incisant, le bord supérieur de celui-ci à l'union de son tiers externe avec le tiers moyen, il est possible d'éviter la lésion du cordon.

Quelques chirurgiens ont conseillé de débrider un peu sur chaque côté du canal. Cette méthode est avantageuse ; mais des adhérences du péritoine et de l'intestin peuvent la rendre impraticable.

Scarpa a préconisé les mouchetures pratiquées sur l'aponévrose fémorale, au pourtour de l'anneau supérieur ou abdominal des auteurs ; cette méthode, dont le succès est contesté, n'est pas généralement adoptée.

Dupuytren, ayant remarqué que dans la hernie fémorale l'artère épigastrique est placée à plus d'un demi-pouce de la partie supérieure du sac, et qu'une incision d'un demi-pouce d'étendue est ordinairement plus que suffisante pour mettre en liberté les parties déplacées, donna le précepte de débrider de bas en haut, et de dedans en dehors.

M. Lisfranc adopte ce précepte, mais il en rejette l'expression vague et le précise sous une forme géométrique : il faut faire agir l'instrument dans la direction d'une ligne qui, du centre de l'anneau crural supérieur du canal des auteurs, irait passer à un pouce et quart en dedans de l'épine supérieure de l'os des îles. Astley Cooper se conduit différemment : il introduit le bistouri sous le milieu de la partie antérieure de l'orifice du sac, divise en haut les parties qui forment l'étranglement, en donnant un peu d'obliquité à l'incision vers l'ombilic. Ce procédé expose plus à blesser le cordon que celui qu'ont adopté les deux chirurgiens français, qui nous paraît plus sûr et par conséquent préférable.

La méthode qui consiste à réunir, par première intention, la plaie résultant de l'opération, paraît à M. Lisfranc bien bien préférable à celle dans laquelle on place dans la solution de continuité, des tentes dont l'expérience a si souvent démontré les dangers ; après avoir obtenu la réduction d'une hernie soit par le taxis, soit par le débridement, le chirurgien n'a rempli son œuvre qu'à demi ; il lui reste à bien saisir les indications thérapeutiques qui doivent assurer définitivement le succès de l'opération qu'il a pratiquée.

On a de la peine à croire, dit M. Lisfranc, que des chirurgiens aient été assez peu médecins pour prescrire dans tous les cas l'usage des purgatifs ; n'est-il pas démontré que dans beaucoup de circonstances l'intestin est fortement enflammé : est-il rationnel alors de purger les mala-

des ? L'expérience a parfaitement démontré que cette méthode est incendiaire : honneur soit donc encore ici rendu à l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie ! AM. FORGET.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA PRÉPARATION DES HUILES ESSENTIELLES, PAR E. SOUBEIRAN.

Depuis qu'Hoffmann a conseillé d'ajouter du sel marin à l'eau pour la préparation des huiles essentielles pesantes, la voix de Baumé s'est seule élevée pour dénoncer l'inutilité de cette pratique ; mais elle paraît avoir eu peu d'influence sur l'opinion de ses successeurs ; car tous ont conseillé de nouveau d'avoir recours à la méthode d'Hoffmann. Cependant, dans ces derniers temps, M. Mialhe a conclu d'une expérience qui lui appartient que l'emploi du sel marin était inutile.

Les avantages qu'Hoffmann attribuait à l'addition du sel marin étaient les suivants : d'aiguiser l'eau et de la rendre plus capable de pénétrer et de diviser les matières végétales ; d'empêcher la fermentation de s'établir quand on opère sur des substances sèches qui doivent être soumises à une macération préalable ; et enfin d'augmenter la température de l'eau, et de faciliter ainsi le passage d'une plus forte proportion d'huile essentielle. Ce dernier effet, tout à fait d'accord avec la théorie, m'a porté à douter de l'exactitude du résultat annoncé par M. Mialhe, et j'ai trouvé en effet, contrairement à son opinion, qu'en distillant comparativement une huile essentielle avec de l'eau distillée et avec de l'eau saturée de sel marin, il passe proportionnellement plus d'essence dans le deuxième cas que dans le premier.

J'ai fait l'expérience dans un alambic de cuivre, et, pour éviter autant que possible toute condensation de vapeur dans le chapiteau, j'ai tenu celui-ci enveloppé d'une étoffe de laine jusqu'à la naissance du serpentin. J'ai mis dans l'alambic de l'eau distillée avec de l'essence de térébenthine rectifiée, qui la recouvrait d'une couche de trois à quatre doigts d'épaisseur, et je n'ai commencé à recueillir les produits que lorsque, la distillation étant en pleine activité, l'appareil était suffisamment échauffé. Or, pendant tout le temps qu'a duré la distillation, l'eau et l'huile essentielle qui se sont condensées dans le récipient ont été toujours dans le rapport en volume de 1 à 0,757, ou en poids de 1 à 0,66. Ce sont précisément les quantités relatives qui doivent résulter de la

condensation d'un mélange saturé de vapeur d'eau et de vapeur d'essence, pris à la température de 100 degrés et sous la pression de 76°, en partant de la tension propre à chacune des vapeurs.

Ce rapport ne se maintient toutefois qu'autant de temps que l'essence recouvre d'une couche uniforme la surface de l'eau ; quand la proportion a diminué assez pour qu'elle ne forme plus que des gouttes éparses, il passe un excès de vapeur d'eau, et l'on voit la proportion d'essence diminuer de plus en plus dans le produit.

J'ai fait une seconde expérience, en ajoutant à l'eau la moitié de son poids de sel marin. Cette fois les rapports ont été tout à fait changés. L'eau étant prise pour l'unité de volume, celui de l'essence était 1,75 ; le rapport de poids se trouvait ainsi de 1 : 1,517. Ainsi la théorie et l'expérience étaient d'accord. La présence du sel marin avait augmenté la proportion de l'huile essentielle. Mais en est-il de même dans le traitement des végétaux aromatiques?

J'ai versé sur 2,500 grammes de cannelle de Chine 13 litres d'eau bouillante : après 48 heures j'ai distillé tant que l'eau a passé laiteuse. J'ai obtenu aussi 3 litres d'eau laiteuse, dont j'ai pu retirer par décantation, après trois jours de repos, 5 grammes d'huile essentielle, et qui retenait en solution 5,3 autres grammes d'essence. Je m'en suis assuré en agitant une partie de cette eau avec de l'éther pur, et en évaporant spontanément la dissolution éthérée.

Cette eau de cannelle a été renversée dans la cucurbite, et j'ai distillé de nouveau. Trois nouveaux litres d'eau laiteuse ont été obtenus; une troisième distillation n'a plus rien donné. En faisant abstraction de l'huile volatile contenue dans l'eau distillée qui a servi à la cohobation, j'ai obtenu par cette seconde distillation 2,25 grammes.

J'ai fait alors une opération toute pareille avec la même quantité de cannelle et la même proportion d'eau ; mais cette fois j'ai ajouté 4500 grammes de sel marin. J'ai obtenu trois litres de produit laiteux qui m'ont fourni : huile volatile déposée, 6 grammes ; huile volatile en dissolution, 5,3 grammes, en tout 11,3 grammes.

Dans la seconde distillation l'eau cessa de passer claire après un litre et demi. L'huile recueillie dans cette partie de l'opération pesa 2 grammes. Une troisième distillation n'a rien fourni.

Si nous comparons les résultats, nous trouvons qu'avec l'eau simple une première distillation a fourni 10,3 grammes d'essence ; qu'avec l'eau salée on en a obtenu 11,3 grammes ; que la totalité de l'essence a exigé avec l'eau simple six litres de liqueur ; que la même quantité a été obtenue avec l'eau salée, en ne retirant que quatre litres et demi de produits : dans ce cas il y a eu réellement avantage à se servir de sel marin ;

mais cet avantage est faible, il n'est pas compensé par la dépense qu'occasionne l'emploi du sel, et il serait tout à fait nul si, au lieu de saturer l'eau de chlorure de sodium, on n'en ajoutait que le dixième de son poids, comme le prescrivent les formulaires.

Il est assez remarquable que, dans l'extraction des huiles volatiles par la distillation, il faut toujours distiller une masse considérable d'eau pour arriver à faire passer toute l'essence, contrairement à ce qui arrive quand on distille un mélange d'eau avec une huile essentielle. Ceci tient à ce que les essences sont engagées dans le tissu de la plante, à ce que leur proportion est toujours très-faible par rapport à la quantité de liquide que l'on est obligé d'employer pour baigner les plantes, et aussi à ce que les principes organiques, auxquels elles sont associées, ont pour elles une sorte d'affinité qui oppose sans cesse un obstacle à leur libre séparation.

J'ai versé sur 5 kil. de cubèbes passés au moulin 17 litres d'eau bouillante. J'ai fait infuser pendant 48 heures, et j'ai distillé. J'ai arrêté l'opération quand j'ai eu retiré 6 litres d'eau distillée, elle était surnagée par 75 grammes d'essence.

J'ai fait une autre expérience en ajoutant à l'eau 6 kil. 500 gram. de sel marin; je n'ai obtenu, en distillant 6 litres, que 50 grammes d'essence.

J'ai fait une nouvelle opération avec 2,700 gram. de cubèbes et 25 litres d'eau, sans sel marin; les trois premiers litres qui ont passé à la distillation étaient surnagés par 28 gram. d'essence, et les 3 suivants par 35 gram., en tout 63 grammes.

J'ai recommencé avec les mêmes quantités de cubèbes et d'eau, auxquelles j'ai ajouté 10 kil. de sel marin. Cette fois les 4 premiers litres ont fourni 25 gram. d'essence, et les 2 suivants 18, en tout 43 grammes.

Ces deux séries d'expériences dénotent un fait auquel j'étais loin de m'attendre, savoir, que, dans la distillation du cubèbe, le sel marin nuit positivement à l'extraction de l'huile essentielle. Je n'explique pas le fait; je le rapporte tel que je l'ai observé à deux reprises différentes.

Je me garderai bien de tirer aucune conclusion de mes expériences. Si elles m'ont fait voir que dans la distillation d'un mélange d'essence et d'eau l'opération est accélérée par la présence d'un sel marin, elles m'ont montré au contraire que, dans la distillation de la cannelle, l'avantage est presque nul, tandis que dans la distillation du cubèbe il retarde le passage de l'huile essentielle. Mes expériences ont certainement pour résultat de montrer que la fabrication des essences, que l'on regardait comme une opération bien connue, mérite au contraire une étude toute nouvelle. J'ai trop rarement l'occasion de préparer des hui-

les essentielles pour mener à fin ces recherches; mais j'espère qu'elles seront reprises par quelque personne placée plus favorablement. Il y a à parcourir un champ assez vaste d'observations neuves et intéressantes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SECTION DU TENDON EXTENSEUR DU DOIGT MÉDIUS DE LA MAIN GAUCHE, RÉUNION IMMÉDIATE ET GUÉRISON COMPLÈTE A L'AIDE DE LA SUTURE.

Votre recueil étant spécialement consacré à l'étude des faits cliniques, j'ai l'hônneur de vous adresser une observation qui, quoique simple en elle-même, et rapportée en peu de mots, excitera, j'en suis sûr, l'attention de vos lecteurs. S'il en existe de pareilles dans les annales de l'art, elles ne sont qu'en bien petit nombre (1).

Un ouvrier en coutellerie, âgé de trente-trois ans, travaillant chez M. Bourdeaux, fabricant d'instruments de chirurgie à Montpellier, se donna, le 2 août 1837, un coup de couteau dans le point correspondant à la partie dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt médius de la main gauche; à l'instant même le doigt fut ramené vers la paume de la main, et perdit la faculté de se mouvoir.

Effrayé de son état, et se croyant estropié pour jamais, le blessé pria M. Bourdeaux de se rendre auprès de moi pour m'engager à venir le voir, ce que je fis sur-le-champ. Voici l'état dans lequel je le trouvai :

Le malade, pâle et découragé, avait le doigt médius de la main gauche à demi fléchi, et ne pouvait lui faire exécuter aucun mouvement; dans le point correspondant à l'articulation métacarpo-phalangienne du même doigt, et sur la face dorsale de la main, existait une plaie transversale d'environ un demi-pouce, à travers laquelle on voyait un corps légèrement aplati, d'une couleur blanchâtre, que je reconnus être l'un des tendons du muscle extenseur commun des doigts. Toutefois, en y regardant de près, il me fut aisé de voir qu'alors que le bout inférieur du tendon faisait saillie à travers les lèvres de la plaie, le bout supérieur, entraîné par la contraction des fibres musculaires, s'était retiré au dessous de la peau de la face dorsale de la main, au moins à un pouce de distance des bords de la solution de continuité.

(1) On consultera avec fruit sur ce sujet un mémoire que M. le docteur Mondière a tout récemment inséré dans les archives générales de médecine.

Que faire en pareil cas? Devais-je me borner à placer la main du côté blessé, dans l'extension forcée sur l'avant-bras, de manière à rapprocher les lèvres de la plaie du tendon, et à obtenir ainsi la réunion immédiate? Cette idée était toute naturelle, et je dus la suivre; mais je ne tardai pas à reconnaître que tous mes efforts seraient vains; car je ne pus jamais parvenir, je ne dirai pas à mettre en contact les bouts du tendon, mais pas même à les rapprocher assez pour espérer qu'un corps fibreux intermédiaire s'organisât et servît à les faire adhérer entre eux. Il existait toujours au moins un demi-pouce de distance entre l'un et l'autre.

Au milieu de cette alternative, je sentis bientôt qu'il ne restait qu'un seul parti à prendre, c'était d'inciser la peau de la face dorsale de la main, de mettre à nu le bout supérieur du tendon, de le traverser avec un fil ciré, et d'en opérer ainsi la réunion avec le bout inférieur. Les bords de la plaie faite aux téguments furent ensuite affrontés à l'aide de deux nouveaux points de suture et de quelques bandelettes agglutinatives; La main fut maintenue dans l'extension sur l'avant-bras à la faveur d'une attelle et d'un appareil convenable; on appliqua des compresses trempées dans l'eau végéto-minérale froide; on fit une saignée du bras de douze onces, et le malade garda la diète absolue. Depuis le moment de l'opération (c'était le 2 août 1837) jusqu'au 13 du même mois, il ne survint aucun accident; ce jour-là même les fils tombèrent, et, dès le 18, le blessé s'aperçut qu'il pouvait remuer le doigt. A l'instant où je rédige l'observation, M. B... est depuis plus d'un mois dans son atelier où il travaille comme il le faisait avant l'accident.

Le fait est assez significatif par lui-même pour que je me dispense de toute réflexion. Je le livre avec confiance à la méditation des praticiens.

Serre,
Professeur de clinique chirurgicale
à la faculté de Montpellier.

NOUVELLES RÉFLEXIONS SUR LES FISTULES DE LA FACE.

Je n'ai point lu sans intérêt, dans la huitième livraison du bulletin de thérapeutique, les *considérations* de M. Serre, d'Uzès, *sur la dépendance des fistules de la face d'une altération des dents*, etc.; mais ce mémoire me paraît renfermer des propositions trop absolues pour qu'il me soit permis de les laisser passer sans réflexion.

Je croyais qu'il était admis en bonne pratique, et c'est un principe auquel je me flatte de n'avoir jamais manqué, de rechercher, toutes les fois qu'un abcès se développait dans le voisinage d'un os, surtout à la

face, et à plus forte raison lorsqu'il lui succédait une fistule, de rechercher, dis-je, si l'abcès et la fistule ne dépendaient point d'une lésion des parties dures; et j'avoue que j'avais besoin que M. Serre me révélât les erreurs de Delpech et les siennes mêmes pour admettre qu'un homme instruit pût déroger à ce sage précepte.

Oui, il est des fistules de la face qui reconnaissent pour point de départ une lésion de la dent correspondante; oui, ces fistules sont guéries par l'évulsion de la dent. J'en eus une nouvelle preuve dans les derniers jours du mois dernier. — Une jeune fille portait depuis sept ans une fistule au dessous du menton, vers le niveau de la deuxième molaire. Aucun traitement n'avait pu faire tarir cette source purulente. On me consulta : je conseillai l'avulsion d'une dent malade; on s'y refusa d'abord; deux jours après on y consentit. Aujourd'hui le trajet fistuleux est cicatrisé.

Mais est-il vrai que, comme le dit M. Serre, sur dix fistules de la face, neuf, et la dixième peut-être, reconnaissent cette étiologie? Je ne le pense pas; et, sur quatre observations de ce genre que je possède, il est trois cas où les fistules ne dépendaient nullement d'une affection *odontodique*, quoique les dents elles-mêmes fussent dans un état pathologique.

Le 26 juin dernier, je fus consulté par une femme de la campagne qui, depuis deux ans, avait eu plusieurs abcès à la face. Ils s'étaient ouverts spontanément, et cicatrisés de même, quoique avec lenteur; mais, depuis quelques jours, il se développait, à quelques lignes au-dessous du malaire, sur la direction de la canine supérieure, du côté droit, une nouvelle tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, qui n'avait été précédée d'aucun travail pathologique aigu, un véritable abcès froid. J'examinai l'intérieur de la bouche : trois des molaires avaient leur couronne rongée par la carie. Je ne doutai nullement que cette altération ne fût la cause première de l'abcès; mais, avant tout, je jugeai convenable d'ouvrir le foyer purulent. Une légère ponction donna issue à un pus séreux qui sortit en plus grande quantité que ne l'aurait fait présumer le volume de la tumeur. Supposant qu'une maladie des os, autre que la carie dentaire, pouvait être la source du pus, j'introduisis, par l'ouverture que je venais de pratiquer, un stylet qui pénétra facilement au dessous de la peau décollée jusqu'à l'os malaire. Là, je sentis quelque chose de rugueux, d'inégal, qui paraissait légèrement mobile sous mon stylet. Je revins alors de mon premier diagnostic, et dis à la malade qu'il n'y aurait pour elle de guérison complète que lorsque, par l'ouverture que je venais de pratiquer, sortirait une *petite parcelle d'os*. Je me bornai à lui recommander quelques cata-

plasmes émollients et des soins hygiéniques pour les dents qui ne lui avaient causé que de légères douleurs depuis *plus de deux ans*. J'avais perdu cette femme de vue, lorsque, vers la fin d'août, elle revint vers moi, m'apportant le séquestre dont je lui avais annoncé la sortie prochaine. Le trajet fistuleux était cicatrisé; mais sa mâchoire était *dégarnie de dents*. Elle me raconta alors que, quinze jours après m'avoir consulté, atteinte d'un érysipèle à la face, elle avait appelé près d'elle un officier de santé qui s'était mis en devoir de lui arracher les dents en lui promettant prompte guérison, mais que la fistule ne s'était guérie qu'après l'expulsion du *petit os* qu'elle m'apportait en venant me remercier de mes conseils.

Le deuxième fait a pour sujet le fils d'un épicier de la rue des Fossés, à Cherbourg. Il est affecté depuis six mois d'une fistule sous-maxillaire. Ses dents sont dans un mauvais état; mais elles ne seront point avulsées, parce qu'elles ne lui causent point de douleur, et que le trajet fistuleux est entretenu par un point nécrosé du maxillaire inférieur.

Je fus appelé le 21 juillet dernier auprès d'un entrepreneur de voitures publiques. Depuis quelques mois il avait vu se développer vers l'angle inférieur de la mâchoire droite trois abcès à marche lente, dont l'ouverture avait été abandonnée aux soins de la nature, et qui, depuis lors, étaient restés fistuleux. Une maladie dentaire, une nécrose de l'os, voilà, me dis-je, assurément la cause de la maladie. J'examinai la bouche: la dernière molaire était à moitié détruite par la carie. Le malade avait souvent souffert de cette dent, mais il n'avait éprouvé *nulle douleur* depuis la formation des abcès. Le maxillaire est-il sain? pour m'en assurer, je sonde chaque trajet fistuleux avec toute l'attention dont je suis capable, nulle part je n'arrive jusqu'à l'os. Nul doute alors que l'affection odontodique ne fût la source du désordre. Je fais enlever la dent; mais nous attendons en vain pendant plus d'une semaine la cicatrisation des fistules : elles continuent à fournir du pus. Une autre dent molaire me présente vers son collet un point noir. Une nouvelle avulsion nous en débarrasse, parce que je l'accusais d'être la cause du mal. Le pus continua à suinter en aussi grande quantité que d'habitude. Il ne restait dans la bouche aucune dent malade; force nous fut donc de rechercher ailleurs la source où se sécrétait le pus. Je sonde de nouveau les trajets fistuleux, aucun ne me conduit à l'os. C'étaient donc là des fistules sous-cutanées; ce ne pouvait être autre chose. Je prescris deux ou trois injections par jour avec du chlorure de soude liquide à 18°. Bientôt le pus s'épaissit, devient crémeux; les parties décollées se referment, et au dix-septième jour la cicatrice était parfaite.

De ces faits, une logique sévère peut, je crois, conclure que :

L'avulsion des dents n'est point une pratique nouvelle dans les fistules de la face ;

Ces maladies, si souvent elles reconnaissent pour cause une affection odontodique, ont encore assez communément une autre origine ;

Elles peuvent être indépendantes d'une lésion des dents qui coexisterait avec elles ;

Le médecin, s'il ne base point son diagnostic sur des données certaines, s'expose à enlever un organe qui, quoique dans un état pathologique, peut encore être conservé avec avantage. GERVAIS,

D. M. à Cherbourg.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur la levée du premier appareil après les opérations. — Les chirurgiens ont l'habitude, quand ils ont appliqué un appareil sur une plaie récente, de ne renouveler cet appareil que le troisième, le quatrième ou le cinquième jour, époque où la suppuration est déjà formée. Le faire plus tôt, en effet, déterminerait de très-vives souffrances au malade, à cause de l'adhérence des pièces de l'appareil aux bords de la plaie.

Cependant ce pansement tardif offre de graves inconvénients : les linges et la charpie qui recouvrent la plaie durcissent comme du carton, après s'être pénétrés de sang, et ils exercent sur les solutions de continuité une action mécanique irritante ; le pus qui ne peut point suinter à travers les pièces de l'appareil, à cause de leur dureté, se dénature et creuse, dans l'épaisseur des moignons après les amputations, des foyers qui s'enflamment et amènent des accidents sérieux. De plus, il se développe souvent autour des plaies des inflammations, des érysipèles qu'il est urgent de surveiller et de combattre aussitôt. Combien de fois n'arrive-t-il pas que le lendemain d'une opération les malades se plaignent ; on croit que l'appareil est trop serré ; l'on coupe les bandes, et l'on attend quatre ou cinq jours encore pour mettre la plaie à nu ; que trouve-t-on ? Une inflammation qu'on aurait pu arrêter d'abord facilement, et qui alors est grave et peut compromettre le succès de l'opération.

Tous ces inconvénients étaient majeurs. Pour les faire disparaître, il fallait pouvoir enlever le premier appareil le lendemain de l'opération, et cela sans causer de douleur au malade. M. Lisfranc y est parvenu par le simple pansement suivant, qu'il a adopté exclusivement. Une compresse fenêtrée, dépassant de trois à quatre pouces les bords de la so-

lution de continuité, est enduite de cérat jaune qui se dessèche beaucoup moins que le cérat blanc; elle est appliquée sur la plaie et par dessus elle les plumasseaux de charpie, les compresses, etc. Le lendemain, au lieu d'enlever pièce par pièce l'appareil, comme on le fait communément, on soulève les angles d'un des côtés de la compresse fenêtrée, et avec les deux mains on enlève en un seul temps tout ce qui recouvre la plaie. De cette manière, il n'y a jamais aucune douleur. L'on voit ainsi l'état des parties; l'action fâcheuse chimique ou mécanique du pus n'a point lieu, et l'on peut surveiller et combattre les accidents.

C'est une idée très-simple; mais ce sont précisement celles-là qui viennent le plus tard à l'esprit. Du reste, il s'agit ici d'un perfectionnement d'autant plus important pour le praticien, que l'occasion de le mettre en usage se présente tous les jours.

Nouveau succès du vésicatoire sur la tête. Nous avons récemment (tom. XIII, p. 161) signalé les avantages du vésicatoire sur toute la tête, dans certains états pathologiques, et nous avons dit les circonstances dans lesquelles l'on pouvait attendre des merveilles de cette énergique médication. Aux faits que nous avons rapportés, nous ajouterons le suivant, qui, comme on va le voir, n'est pas moins remarquable que ceux que nous avons publiés.

Au nº 48 de la salle Sainte-Vierge, à la Charité, se trouve, dans le service de M. Velpeau, un homme fort et bien constitué, ancien artilleur, qui, après avoir été libéré du service en juillet 1836, prit la profession d'ouvrier aux carrières. Cet ex-soldat est âgé de trente et un ans. Le 18 octobre dernier, il était occupé, conjointement avec son frère et quatre autres ouvriers, à extraire de la pierre d'une des carrières à côté de Bicêtre, lorsqu'ils entendirent un craquement, et tout à coup les pierres et les terres tombèrent et ensevelirent quatre d'entre eux. Les deux autres appelèrent du secours et les malheureux furent dégagés assez vite; mais trois avaient été assez gravement blessés et le frère de notre malade avait été tué. L'homme dont nous rapportons l'histoire fut apporté à Bicêtre, et de là à l'hôpital de la Charité: aucun membre n'était fracturé, mais son corps présentait de nombreuses contusions. Le cuir chevelu était dilacéré dans plusieurs points, et l'oreille gauche était entièrement détachée et ne tenait plus que par un point du lobule; il fallut en compléter la section. De plus, des symptômes de compression cérébrale menaçaient la vie du malade. Les saignées, les sangsues, les sinapismes furent énergiquement employés et n'amenèrent aucune amélioration. Un érysipèle phlegmoneux se développa sur la tête, descendit

à la face et gagna le cou ; un délire permanent s'empara du malade, et au bout du cinquième ou sixième jour il était à toute extrémité. Le pouls presque imperceptible, la langue sèche et fuligineuse. Tous les assistants pensaient qu'il expirerait dans la journée.

Tel était l'état du sujet, lorsque M. Velpeau fit appliquer sur toute la surface du cuir chevelu un emplâtre vésicatoire. Le lendemain de cette application, à la visite, quelle fut la stupéfaction des élèves de trouver le malade avec toute sa raison. Le pouls s'était relevé ; il parlait, et, chose prodigieuse, il exprimait le désir de manger. En vérité, n'est-ce pas là un miracle?

Quoi qu'il en soit, quatre ou cinq abcès se sont formés dans divers points du cuir chevelu et dans l'épaisseur des deux paupières ; ils ont été ouverts et ont rapidement marché vers la guérison. Aujourd'hui, le malade mange les trois quarts. Il est gai et commence à se promener dans les salles. Il se serait levé plus tôt sans une brûlure sur le coude-pied droit, occasionnée par un sinapisme laissé trop longtemps, et aussi sans une escarre au sacrum, occasionnée par le long décubitus sur le dos. Ce malade, que nous avons vu hier, est entièrement et solidement guéri.

Sulfate de quinine dans les engorgements de la rate. — Nous avons déjà eu l'occasion de parler des engorgements de la rate, suite de fièvres intermittentes, et de l'indication, dans ces cas, du sulfate de quinine à haute dose. Nous avons rapporté à cet égard des observations incontestables de l'efficacité de cette méthode. Nous avons sous les yeux, dans le service de M. Andral, à la Charité, un jeune malade de dix-neuf ans, qui nous prouve ce que nous savions déjà : c'est que les meilleures médications échouent chez certains sujets. Ce malade est un cordonnier mal nourri, habitant un rez-de-chaussée, bas, humide et sans lumière ; il a eu des fièvres intermittentes ; et, à leur suite, est survenu un engorgement énorme de la rate pour lequel il est entré, il y a cinq mois, à l'hôpital, salle Saint-Louis, n° 30. M. Andral a donné le sulfate de quinine avec persévérance depuis douze grains jusqu'à trente grains par jour. Ce médicament n'a amené aucune diminution de l'engorgement. On a ensuite appliqué un large vésicatoire sur le côté gauche, qui n'a pas eu de meilleur résultat. Comme cela devait être, la persistance de cet engorgement a amené une ascite qui a augmenté rapidement, et a obligé de faire, depuis deux mois, deux ponctions. Les forces du malade diminuent, et il est probable qu'il succombera à cette affection.

Cet insuccès du sulfate de quinine ne doit pas éloigner le médecin de

son emploi dans le cas dont nous parlons. Nous lui avons vu dissiper plusieurs engorgements de la rate, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Chomel. Ainsi, chez une malade, couchée au n° 3 de la salle Saint-Paul, et entrée à la clinique avec un engorgement considérable de la rate, suite de fièvre intermittente, le sulfate de quinine a complétement réussi. Le frisson et la sueur qui caractérisaient les accès antécédents avaient disparu; mais chaque soir la malade éprouvait régulièrement un léger mouvement fébrile avec douleur dans la région splénique. Le sulfate de quinine, continué pendant plusieurs jours à la dose de douze grains, a triomphé de ces accès incomplets; et, sous l'influence de la même médication, la rate a repris ses dimensions normales. Une autre femme, couchée au n° 18 de la salle Saint-Paul, avait été longtemps tourmentée par des fièvres intermittentes qui avaient enfin cédé au sulfate de quinine; ses règles se supprimèrent, et en même temps son ventre acquit un volume assez considérable; elle crut être enceinte, mais l'examen pratiqué par un médecin ne tarda pas à convaincre la malade que l'accroissement du ventre était dû à l'augmentation du volume de la rate, qui occupait tout le flanc gauche et s'étendait jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic. L'aménorrhée était probablement la suite des fièvres intermittentes, comme l'engorgement de la rate. Après une application de sangsues à l'anus, on soumit la malade à l'usage du sulfate de quinine; la rate diminua bientôt, et elle était revenue à peu près à l'état normal lorsque la malade quitta l'Hôtel-Dieu.

Altération des sangsues. — M. Stanislas Martin, pharmacien à Paris, nous signale un abus sur lequel il est urgent d'appeler l'attention des médecins, comme aussi celle de l'autorité.

Beaucoup de marchands fripiers qui habitent sous les piliers des halles, pour trouver un plus grand bénéfice dans leur commerce, se procurent de petites sangsues qu'on appelle *filets*, et mettent dans l'eau du réservoir où ils les placent du sang de veau ou de mouton. Ces sangsues, ainsi gorgées, prennent vite un plus gros volume. Ils les font reposer quelques jours dans d'autres vases contenant de l'eau pure, et puis ils les livrent au public. On conçoit que des sangsues ainsi altérées ne puissent convenablement remplir le but que se proposent les médecins.

Emploi de l'opium à haute dose pour prévenir l'inflammation. — M. Malgaine a communiqué à l'académie de médecine les premiers résultats qu'il a obtenus d'une méthode thérapeutique nouvelle, qui lui paraît appelée à jouer un grand rôle dans la pratique chirurgicale. Après

les grandes solutions de continuité accidentelles, comme après toutes les opérations sanglantes, le danger le plus commun, l'ennemi principal à combattre, c'est l'inflammation. Comme cette inflammation traumatique est franche, et ne consiste pour ainsi dire qu'en deux éléments : l'élément nerveux, ou la douleur, et l'engorgement inflammatoire, il a pensé qu'en paralysant le premier, il arriverait à prévenir l'apparition de l'autre qui n'en est que l'effet et la conséquence. Il a administré dans ce but l'extrait gommeux d'opium à la dose de six à dix grains par jour, continué autant de temps que l'inflammation est à craindre.

Les résultats ont, dit-il, dépassé ses espérances; il a préveuu par cette méthode la fièvre, l'inflammation locale et même la douleur. Les malades, plongés dans une douce moiteur, dorment environ huit heures sur vingt-quatre, sans nul symptôme de céphalalgie et de narcotisme. Il a déjà traité de cette manière, à la maison de santé, 1° une femme opérée de la cataracte; 2° deux femmes auxquelles il avait amputé le sein; 3° un homme atteint d'une fracture compliquée de la jambe, avec perforation de la peau par un des fragments; 4° enfin, un homme atteint d'hydrocèle, et qui, traité par l'injection vineuse, avait reçu, par suite d'un mouvement imprudent de sa part, presque toute l'injection dans le tissu cellulaire du scrotum. Chez tous les malades l'opium a produit l'effet désiré.—Cette vertu de l'opium demande encore de nouvelles expérimentations pour être admise en thérapeutique.

Teinture d'iode.—Il est des malades chez lesquelles, pour avoir des effets thérapeutiques, il est nécessaire de porter les médicaments à de très-hautes doses. De ce nombre est une femme d'une trentaine d'années, couchée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 20. Cette malade portait des engorgements scrofuleux, douloureux et très-étendus au cou. M. Sandras lui a administré la teinture d'iode qu'il a pu, sans inconvénient, porter de vingt, trente gouttes à six gros de ce médicament, qu'elle prend aujourd'hui par jour dans un pot d'eau sucrée, ou de tisanne pectorale. Il n'y a qu'un mois que la malade a commencé le remède. Et, qu'on le remarque, il n'y a aucun trouble des voies digestives, ni coliques, ni dévoiement. Les ganglions ont diminué d'une manière plus prompte qu'à l'ordinaire, et les plus petits engorgements ont disparu. Les anciennes cicatrices, au lieu d'être violacées, sont légèrement rosées : elles ont pâli. Ce fait qui, du reste, ne doit pas servir de règle absolue, prouve que l'on peut administrer l'iode, sans inconvénient, à plus haute dose que M. Guiboust le dit.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

LA THÉRAPEUTIQUE DOIT, DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE, SE PLACER EN DEHORS DES IDÉES EXCLUSIVES DE L'ANATOMISME ET DU PHYSIOLOGISME.

Instrument docile des idées théoriques, qui ont successivement dominé dans la science, la thérapeutique a failli souvent à ses conditions naturelles, comme science essentiellement d'expérimentation. Sans remonter aux époques de l'art, où les théories les plus absurdes se donnaient comme l'interprétation légitime des phénomènes de la maladie, et où nous voyons la thérapeutique consentir à n'être que l'instrument de réalisation de ces théories, ne l'avons-nous pas vue, ne la voyons-nous pas encore recevoir le mot d'ordre de systèmes, non plus absurdes, car cela est impossible avec les méthodes modernes, mais toujours évidemment incomplets. Toutefois, nous devons le reconnaître, si quelques hommes s'opiniâtrent encore aujourd'hui à ne considérer la médecine que comme un syllogisme, dont la thérapeutique est la conséquence plus ou moins rigoureusement déduite, la plupart des observateurs modernes ont compris que, rétrécir ainsi arbitrairement l'horizon de la science n'est pas le moyen d'en reculer les limites. C'est parce qu'on a restitué au fait, pris dans son sens absolu, l'autorité dont le dogmatisme l'avait dépouillé, que la thérapeutique, qui a, elle aussi, ses faits, a protesté contre l'exclusion théorique de l'anatomisme et du physiologisme. Cette protestation, dont ce Recueil a été un des plus courageux interprètes, si elle n'a point produit de nombreux résultats, elle les a au moins rendus possibles en assurant à l'esprit d'observation son indépendance, et en ouvrant une voie réelle au progrès. Il n'en est point de la médecine comme de quelques autres sciences, où une spéculation aventureuse peut, pendant un temps plus ou moins long, en imposer pour la vérité, parce qu'une vaine curiosité scientifique est souvent seule intéressée à vérifier les résultats annoncés en médecine; toute idée générale qui se donne comme formule de la loi génératrice des faits, et c'est là la haute mission de toute théorie, cette idée-là, disons-nous, tombe dès ses premiers pas dans le monde, sous le contrôle forcé de l'expérience la plus légitime, la thérapeutique. Tout système médical doit en effet se réaliser par là, doit entrer dans les faits par là; c'est là son but, c'est en même temps sa conservation et sa preuve : telle est une des plus belles prérogatives de la science, dont

nous parlons ici ; jamais elle ne doit s'en dessaisir ; elle doit soumettre à son appréciation froide et calme toute idée qui, de près ou de loin, aspire à la diriger dans ses applications pratiques.

Il y a aujourd'hui dans la science deux idées, qui, pour avoir été pressenties par les anciens, n'en appartiennent pas moins aux modernes qui seuls les ont nettement formulées : ce sont, d'une part, les altérations, les lésions locales ; et de l'autre, la nature phlegmatique fréquente de ces mêmes lésions. Il est impossible que la thérapeutique ne s'éclaire point, dans ses recherches, des lumières que ces deux grandes découvertes ont jetées sur la nature des maladies ; mais jusqu'à quel point cette science doit-elle accepter l'influence que ces idées aspirent à exercer sur ses applications, c'est ce que nous allons essayer de déterminer d'une manière succincte.

Et d'abord, il n'est douteux pour personne aujourd'hui, que l'importance exagérée que, dans ces derniers temps, l'on a donnée aux résultats proclamés par l'anatomie pathologique, n'ait été un obstacle réel aux progrès de la thérapeutique. Frappés de la corrélation presque constante de quelques symptômes observés pendant la vie, avec les lésions rencontrées après la mort, nous nous sommes presque tous sentis naturellement portés à placer la cause unique de la maladie dans ces lésions : oubliant ce grand principe de solidarité fonctionnelle qui lie tous les organes entr'eux, et sur laquelle est fondée l'unité de vie, ou plutôt ne nous rappelant ce principe que quand la maladie est réalisée ; et comme pour échapper au reproche d'une énumération incomplète, nous n'avons vu dans les symptômes, même les plus graves, surgissant au-delà de l'organe anatomiquement malade, que des irrédiations accidentelles des lésions locales. D'après cette manière de philosopher, l'injection la plus légère, quelquefois la plus problématique, s'est vu attribuer, comme à leur cause unique, les phénomènes les plus graves. C'est ainsi qu'après avoir implicitement nié physiologiquement cette grande loi dont nous parlions tout-à-l'heure, on l'a méconnue encore en l'exagérant dans la série des phénomènes, des fonctions pathologiques ; on n'a point compris que si les organes étaient capables d'une si puissante réaction les uns sur les autres, la vie dans ses rapports nécessaires avec tous les modificateurs de la nature, serait constamment en péril. Pour ne citer qu'un fait, supposons un malade atteint d'une fièvre grave, d'une gastro-entérite, pour parler le langage de certains localisateurs : la maladie débute, déjà les symptômes les plus alarmants sont fortement exprimés ; quel est cependant, aux termes mêmes de votre observation, l'état de la lésion intestinale ? Quelque rougeur, un peu de tuméfaction d'une portion peut-être très-limitée de la muqueuse, et c'est

là le point de départ, le foyer des symptômes formidables que présente le malade; c'est à éteindre cette lésion que doivent concourir tous les moyens de traitement ; à peine si quelques phénomènes saillants venant à prédominer seront considérés comme fondant quelque indication spéciale ; mais si une modification aussi légère, survenant dans la circulation physiologique de la muqueuse digestive, était capable d'imprimer à tout l'organisme une secousse aussi funeste, comment comprendrait-on que l'on puisse déposer impunément à la surface des mêmes organes les substances les plus violemment excitantes ? Il y a donc, par delà ces lésions sensibles, des modifications de la fibre vivante qui commandent ces désordres généraux sous l'influence desquels la vie menace de s'éteindre ; ces modifications, les troubles fonctionnels qu'elles déterminent, nous les traduisent d'une manière aussi sûre, que l'injection, que la tuméfaction dont nous parlions tout-à-l'heure, nous révèlent une altération survenue dans la circulation locale. Il faut, en vérité, une bien étrange préoccupation pour ne point sentir la manifeste contradiction dans laquelle sont tombés certains auteurs en faisant sortir exclusivement toute la thérapeutique d'une certaine série de phénomènes, tenant à peine compte de phénomènes actuels, sinon préexistants, qui ont au moins autant de valeur. Voici que quelques follicules isolés ou agminés rougissent et se tuméfient, voici en même temps les troubles fonctionnels les plus graves qui apparaissent ; mais la thérapeutique doit faire abstraction de ces derniers désordres et concentrer toute son action modificatrice sur la lésion de l'intestin. Non certainement la vérité n'est point dans une interprétation aussi exclusive de la maladie ; non, il n'est point vrai que ces nombreux désordres, toujours si variables dans leur physionomie, doivent se rattacher uniquement à une lésion d'organisation toujours identique en nature. Au-delà de cette lésion doit être poursuivie la cause de cette prostration profonde, de cette tendance aux congestions qui se manifeste de toutes parts. N'est-ce point là un fait tout aussi réel que ceux que vous constatez le scalpel à la main ? Pour n'être constatable qu'à la condition de la vie, en a-t-il moins de valeur ? Si, nous laissant entraîner dans le mouvement du dix-huitième siècle, nous avons fait du matérialisme médical, en même temps qu'il faisait du matérialisme philosophique, associons-nous à la réaction spiritualiste contemporaine, non pas en réhabilitant l'hypothèse stérile de l'archée de Van-Helmont, mais en étudiant au-delà de la matière les grandes lois qui la régissent. En élargissant ainsi la voie de l'observation, nous laisserons à chaque fait ses coudées franches ; nos études sortiront de ce cercle étroit, dans lequel nous nous sommes emprisonnés, en admettant comme dernières expressions de la science les hypothèses

exclusives des théories. Ce que nous avons dit plus haut des fièvres graves, nous le pourrions dire de beaucoup d'autres maladies, et nous n'entendons parler ici que de celles qui laissent des traces sur le cadavre : là, partout la maladie n'est point toute dans la lésion anatomique; là, partout l'essence de la maladie résulte de toutes les perturbations de l'organisme, comme la vie à son point de départ, ainsi qu'à son plus haut degré de développement, résulte de la matière et des forces qui se subordonnent en lui imprimant la modalité qui la caractérise.

L'anatomisme et le physiologisme se confondent quand on les considère sous un certain point de vue; le fait, voilà la donnée de l'un; l'interprétation, voilà la donnée de l'autre : chacun d'eux a formulé son principe général; le premier a posé que toute la médecine est dans l'anatomie pathologique, le second qu'à une ou deux exceptions près l'irritation est le point de départ de toutes les maladies, le fait primordial de toute déviation de l'état physiologique. Il est démontré, pour tout le monde aujourd'hui, que, quand ces deux sciences prétendent par-là à s'imposer comme théories, elles sont toutes les deux fausses; la thérapeutique fera, par conséquent, nécessairement fausse route, tant qu'elle les prendra l'une et l'autre pour guides dans ses applications. Mais si, se jugeant avec un peu moins de complaisance, ces sciences voulaient descendre de leur piédestal, et consentaient à se donner pour ce qu'elles sont réellement, c'est-à-dire pour de simples méthodes; oh! alors la thérapeutique pourrait avec fruit écouter leurs leçons. Il est évident, en effet, que l'anatomie pathologique et la doctrine physiologique envisagées comme méthodes analytiques appliquées à la double étude des lésions matérielles et des causes matérielles de ces lésions, il est évident, disons-nous, que l'appréciation philosophique des phénomènes de la maladie a gagné aux recherches laborieuses tentées dans cette nouvelle direction; et la thérapeutique, dans ses réalisations pratiques, ne peut point ne pas se placer sous le jour de ces points de vue nouveaux : mais si cette science ne va pas plus loin, si elle se fait séïde de ces théories, elle s'accule dans une impasse, elle se condamne à demeurer presque forcément stationnaire.

Au point où en est arrivée la science, le médecin qui veut, non point faire de l'anatomie pathologique ou de la statistique, mais guérir, doit dans bien des cas passer par-dessus les lésions matérielles que l'observation cadavérique constate, pour s'attaquer à tout l'ensemble de l'organisme, afin de le ramener dans les conditions normales dont il a dévié accidentellement; ce sera là, je ne le dissimule pas, pour plusieurs orthodoxes anatomo-pathologistes, une proposition tout à fait hérétique; mais je m'en inquiète peu; je parle ici à des praticiens qui ont vu froi-

dement les faits, et qui trouveront dans leurs souvenirs la confirmation de ma pensée. Toutefois, comme c'est là un point de pratique fort délicat et qu'une incomplète compréhension de ma proposition pourrait avoir des conséquences graves, je vais entrer dans quelques considérations qui, je l'espère, mettront ma pensée dans tout son jour.

Tant que la lésion locale est à son début, et que les autres lésions, qui pour notre observation à courte vue ne se traduisent que sous la forme de symptômes, n'ont point encore revêtu un caractère de haute gravité, la lésion locale doit fixer d'une manière particulière notre attention; alors même, cependant, elle ne peut fonder à elle seule toutes les indications de la thérapeutique; déjà même celle-ci doit prévoir le développement des phénomènes, que l'expérience nous a appris à connaître, et baser en partie son action sur la prévision de ces éventualités. Il est clair, en effet, que si les nouveaux accidents, lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré de développement, réclament une médication directement opposée à celle par laquelle on a combattu les accidents primitifs, une médecine qui ne vit point au jour le jour, mais qui dès la veille prévoit le lendemain, doit être très-circonspecte dans l'emploi des moyens qu'elle dirige contre ces dernières lésions, parce qu'elle sait que ces moyens sont très-propres à créer dans l'organisme les conditions qui plus tard réclameront une médication tout opposée. S'il en est ainsi dans la première période de la maladie, lorsqu'on ne peut encore que prévoir le développement de ces conditions, qu'est-ce donc, lorsque ces conditions sont réalisées? Ici la lésion locale perd beaucoup de son importance, et ne se place plus que sur le second plan : la thérapeutique poursuivant la maladie partout où des troubles fonctionnels ou organiques graves apparaîtront, puisera là, et point ailleurs, ses principales indications. Quand les choses en sont venues à ce point qu'il n'est plus pour ainsi dire un seul organe qui accomplisse normalement ses fonctions, qu'une atteinte profonde et évidente est portée à l'ensemble des forces, que dans l'impuissance de notre analyse, nous comprenons sous la dénomination hypothétique d'*innervation*, il est bien difficile au plus hardi localisateur de s'achopper aux lésions partielles de l'organisation : pour nous, nous devons hardiment, comme je l'ai dit plus haut, passer par-dessus ces lésions; la maladie n'est plus là, elle est dans les troubles fonctionnels généraux, elle est dans cette prostration profonde, dans cet état d'ataxie qui va mettre incessamment la vie en péril; c'est à coordonner ces forces, ou à les relever de l'état de défaillance dans lequel elles sont tombées, que la thérapeutique doit maintenant mettre tous ses soins.

Malgré l'autorité dont ont longtemps joui parmi nous les vues exclu-

sives de l'anatomisme et du physiologisme, déjà les idées que nous venons d'exprimer ont passé dans la pratique d'un bon nombre d'observateurs; déjà, par conséquent, des faits nombreux peuvent être invoqués à leur appui. Qui ne sait, par exemple, que dans ces grandes diathèses appelées ataxie ou adynamie, soit que ces états généraux existent avec les fièvres graves, soit qu'ils compliquent une pneumonie, une variole, etc.; qui ne sait, dis-je, l'influence heureuse que les toniques, les excitants d'une certaine nature exercent sur ces graves perturbations? Que ceux qui, dans leur pratique, se laissent encore exclusivement guider par ces théories, méditent les faits que nous indiquons ici, et nous nous persuadons qu'ils comprendront que toute la maladie n'est point dans la lésion des organes, et surtout dans une lésion toujours identique, l'inflammation. — Mais non-seulement on voit sous l'influence de ces moyens se relever ou se régulariser les forces abattues ou mal coordonnées, mais ces lésions locales elles-mêmes se résolvent et disparaissent. Notons d'abord que ce fait est complétement inexplicable pour ceux qui ne voient là qu'une inflammation; car, comment, en effet, comprendre la disparition d'un pareil état de la molécule vivante, sous l'influence d'agents à l'aide desquels on crée à volonté cet état? Si un esprit rigoureux s'emparait de ces faits, qu'il les coordonnât sur une large échelle, et qu'il en tirât toutes les conséquences qu'ils renferment, je ne doute pas que le vitalisme ne sortît de cette puissante élaboration complétement réhabilité. En attendant un génie qui soit à la hauteur de cette œuvre, la thérapeutique est la science à laquelle est dévolue la mission de frayer la route qui doit conduire à ce but. Science avant tout expérimentale, elle ne doit se mettre à la remorque d'aucune théorie, comme elle ne doit systématiquement en repousser aucune, parce qu'elle les doit considérer toutes comme des méthodes à l'aide desquelles un fait peut être étudié par une face sous laquelle il n'a point encore été aperçu, mais qu'elle ne les considère jamais que comme telles. Guidée par cet éclectisme essentiellement philosophique, elle admettra sur sa large échelle tous les faits, de quelque main qu'ils lui viennent : elle acceptera et les lésions locales et leur nature fréquemment inflammatoire; mais elle acceptera en même temps les grandes vues d'ensemble, auxquelles l'observation pure et simple a conduit, et que le vitalisme a, dans plus d'un cas, admirablement formulées. Voilà, dans l'état actuel de la science, la voie dans laquelle la thérapeutique doit désormais se développer. Par quelle étrange observation voudrait-on donc entraîner cette belle science hors de la seule voie où elle a rencontré les quelques vérités, à l'aide desquelles la médecine se sauve du reproche de n'être qu'une stérile hypothèse? Torti avait-il inventé que les fièvres intermittentes n'étaient que

des gastro-entérites périodiques, lorsqu'il leur a appliqué le quinquina? Jenner avait-il trouvé que la variole n'était, elle aussi, qu'une inflammation de la muqueuse gastro-pulmonaire, avec une éruption pustuleuse à la peau, lorsqu'il jeta dans le monde son immortelle découverte du cow-pox? Et osez mettre en parallèle avec ces vérités de toujours les résultats si vantés auxquels vous a conduits votre thérapeutique d'induction! Vous pourriez à peine citer à cet égard une idée qui n'ait été appliquée, longtemps avant que vous ne la fissiez descendre avec tant de contentement de vous-mêmes du haut de vos superbes théories. Si presque toutes les vérités pratiques appartiennent à peu près exclusivement à la médecine d'observation, la thérapeutique fait donc bien de s'en tenir à cette féconde méthode, et de n'accepter qu'à bon escient la haute direction de votre rationalisme un peu aventureux; elle fait donc bien de prendre quelquefois conseil de ce qu'on a fait avant nous. Pour moi, j'approuve fort son respect pour ce qui est; car, comme on l'a dit spirituellement, c'est une destinée d'enfant trouvé que celle de tourner ainsi haineusement le dos à un passé, sans souvenirs et sans traditions.

Max. Simon.

RECHERCHES SUR LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'EXTRAIT DES CAPSULES DU PAVOT COQUELICOT. — NOUVEAUX FAITS EN FAVEUR DE L'INOCULATION DES SELS DE MORPHINE.

On trouve écrit, dans des traités de matière médicale justement estimés, que l'extrait préparé avec les capsules de coquelicot contient de l'opium, et que ce même extrait peut fort bien, disent les auteurs, remplacer le suc épaissi du pavot oriental. Cette assertion, avancée par des hommes aussi distingués que le furent Bouldur (1) et Chomel (2), que le sont de nos jours M. Loiseleur des Longchamps (3) et MM. Mérat et Delens (4), est si séduisante qu'elle fixa mon attention et m'entraîna à de minutieuses recherches sur ce sujet. Mais un résultat thérapeutique négatif a seul répondu à mon attente; et si les études que j'ai entreprises dans ce but n'étaient pas venues confirmer un travail antérieur sur l'opium, publié dans le *Bulletin*, tom. XI, p. 329, travail où j'ai fait connaître une nouvelle méthode d'analyse de chimie animale, je n'aurais certes pas offert cette note à la publicité.

Je vais d'abord exposer les phénomènes locaux qui résultent de l'ino-

(1) Mémoires de l'Académie des Sciences pour l'année 1712.—(2) Manuel des plantes usuelles de M. Loisleur-Deslongchamp, tom. II, pag. 136, 1819. — (3) *Ibidem*, pag. 137. — (4) Dict. univ. de mat. med. tom. V, pag. 187, 1833

eulation de la morphine, puis je décrirai ensuite ceux qui viennent de l'inoeulation du sue de eoquelieot. De la comparaison de ees deux classes de phénomènes, il ne sera pas diffieile de faire ressortir la non-existence de l'opium dans les tiges et les capsules du pavot des ehamps ou *papaver rhœas*.

Si, après avoir trempé l'extrémité acérée d'une laneette dans de la morphine préalablement délayée dans un peu d'eau, on enfonee presque horizontalement sous l'épiderme, à une ligne environ de profondeur, la pointe de cet instrument, e'est-à-dire en s'y prenant eomme pour l'inoeulation de la vaeeine, on observe cette série d'effets : une minute et demie après que l'opération est terminée, on voit poindre simultanément, à la base de la piqûre, une petite papule, une auréole rosée, d'abord diffuse et peu étendue, aeeompagnée d'un léger prurit, et d'un peu de ehaleur. Au bout de quinze à vingt minutes, la papule surmontée de la petite piqûre a fait de rapides progrès; elle offre au moins quatre ou même einq lignes de largeur, et une d'épaisseur, elle est par eonséquent très-aplatie; sa teinte est légèrement plus animée que eelle qui est naturelle à la peau; l'auréole qui la eireonserit est d'un rose très-vif, présentant un pouce et demi de diamètre; la ehaleur s'est augmentée, mais le prurit est eneore à peu près le même. Durant toute la première heure, la papule et l'auréole sont à leur apogée de développement. Mais à dater de la fin de eet espace de temps, la zone rosée eommenee à pâlir, et le bouton à se flétrir. Au bout de deux ou trois heures, la eouleur rouge de la peau s'est entièrement dissipée, la papule est eonsidérablement affaissée; mais ee n'est qu'après douze ou même vingt-quatre heures que eelle-ci s'est totalement évanouie.

Que l'on dissolve maintenant une partie d'un sel de morphine dans cinq cents et même dans deux mille parties d'eau et l'on obtiendra toujours les mêmes résultats; si ee n'est que la papule sera moins large et que la proportion de son diamètre sera en raison inverse de la quantité du produit alealin tenu en dissolution dans l'eau. Ce qu'il y aura de changé, ee sera, je le répète, le volume de la papule. Mais sa forme et son aspeet seront immuables, ainsi que l'auréole et la démangeaison qui l'aeeompagnent. L'opium brut inoculé se eomporte absolument de la même manière, du moins toute proportion gardée.

Ce fait est si eonstant, que j'en ai formulé cet aphorisme : là où l'inoculation d'une substanee liquide ne donnera pas de papule et d'auréole, ete., il n'y aura point d'opium; là où on obtiendra la papule, on soupçonnera de l'opium ; là où soupçonnant de l'opium à l'aide de réactifs connus, on n'obtient pas de papule par l'inoeulation, c'est que ce liquide ne contenait pas d'opium.

Cet aphorisme déduit des lois rigoureuses de l'expérimentation, nous apprend donc que partout où l'on soupçonne de l'opium doit se trouver la papule. Mettons cette loi à l'épreuve des faits, citons nu exemple. On soupçonne, que dis-je? on a retiré dc la morphine du suc laiteux des capsules et des tiges du pavot indigène; eh bien! prenez ce suc, inoculez-le sous l'épiderme, et vous verrez naître au bout d'une minute et demie la papule, l'auréole, le prurit, etc.; vous obtiendrez, en un mot, tout les effets ci-dessus relatés, et cela avec la même persévérance que quand on opère avec de la morphine pure ou avec de l'opium d'Orient. Délayez ce suc dc pavot indigène dans des proportions d'eau très-étendues, et des résultats identiques répondront constamment à l'expérience que j'ai décrite. Mais que les effets seront loin d'être les mêmes, si l'on inocule le suc laiteux qui s'échappe par incision des tiges et des capsules du coquelicot des champs ou dc la variété double cultivée dans les jardins! Quelle que soit la concentration dc ce suc, son inoculation ne produira jamais de papule, jamais d'auréole, jamais de prurit, etc. A l'entour de la piqûre, il se formera dans l'épaisseur de la peau un petit cercle blanc d'une ligne et demie de diamètre qui ne dépassera jamais le niveau du tégument; on dirait même qu'à la place occupée par le cercle il existe une légère dépression. Que l'on pratique comparativement sur un même avant bras une inoculation de suc de pavot indigène et une inoculation de suc de coquelicot, et l'on sera surpris de la différence des produits! Or, si l'on se rappelle qu'une partie de morphine dissoute dans deux mille parties d'eau donne par l'inoculation des signes de sa présence, qu'il en est de même pour le suc de pavot indigène, tandis que le suc épaissi de coquelicot inoculé ne fournit jamais de papule, ni d'auréole, etc., l'on sera contraint d'avouer qu'il existe de la morphine dans le pavot cultivé en France, mais qu'on n'en trouve pas du tout dans les capsules du coquelicot, qu'on ne doit pas même en soupçonner dans les parties déjà citées de cette plante, et que par conséquent cette même plante n'est douée d'aucune des propriétés qu'on attribue au végétal qui renferme le suc désigné sous le nom d'opium.

Voici la contre-épreuve de cc que j'avance : si l'on ajoute un peu de morphine ou d'opium à une très-grande proportion de suc laiteux de coquelicot, et qu'on inocule cc dernier après avoir opéré un mélange bien exact, on verra se développer alors la papule et l'auréole caractéristiques, etc., de l'opium, tandis que cette papule et cette auréole manquent, lorsque c'est avec du suc pur de coquelicot que l'on agit.

Il résulte de nos recherches que si les capsules et les tiges de coquelicot contiennent de la morphine, il ne doit pas même se trouver un grain de ce produit dans deux mille grains du suc dc la plante qui nous oc-

cupe ; cette assertion n'est qu'un corollaire rigoureux du fait énoncé par nous, savoir : qu'une partie de morphine dissoute dans deux mille parties d'eau, développe, inoculée, des signes de sa présence dans ce liquide. Supposons cependant qu'il existe un grain de morphine dans un peu plus de deux mille grains de suc de coquelicot : eh bien ! il découle de cette supposition gratuite qu'il faudrait administrer à un malade plus de trois onces et demie de ce suc laiteux (dose énorme), pour obtenir quelques effets de narcotisme ! Mais il ne reste pas même le refuge de cette hypothèse pour affaiblir ou détruire la confiance que j'ai placée en l'inoculation comme méthode analytique, car j'ai avalé six onces au moins du suc désigné, sans que j'aie éprouvé le plus léger phénomène qui ressemblât à ceux suscités par l'opium. Voilà ce que j'ai expérimenté sur moi-même ; et cependant on lit, dans le *Manuel des plantes usuelles* de M. Loiseleur-des-Longchamps, que « l'emploi de ce suc pourrait être particulièrement avantageux pour ceux qui exercent la médecine dans les campagnes, ayant cette plante sous la main, elle leur servirait très-bien pour remplacer l'opium. » Cette même phrase est rapportée tout au long dans l'estimable ouvrage de MM. Mérat et Delens. Bien convaincu de la vertu succédanée de l'opium, Boulduc, assigne les doses de l'extrait retiré des capsules de coquelicot : il veut qu'on n'en prenne que deux ou trois grains. Mais MM. Loiseleur-des-Longchamps, Mérat et Delens blâment la timidité de Boulduc ; ils reconnaissent qu'on peut donner de quinze à soixante grains de cet extrait.

Ce n'est pas tout, voici qui est bien plus étrange : M. Gaullet rapporte (1) avoir vu un empoisonnement de huit vaches pour avoir mangé des tiges de coquelicot ; les huit vaches moururent le huitième jour ; il l'affirme, c'est écrit en toutes lettres. Mais est-ce bien par suite des effets de l'opium contenu dans la plante ingérée que la mort est ici survenue ? C'est ce que M. Gaullet affirme, et ce que M. Gaullet a pourtant grand tort d'affirmer ; car les symptômes qu'il rapporte à l'appui de son opinion, sont tout à fait étrangers à ceux qu'on observe dans le narcotisme. Comment le fait cité par M. Gaullet concorde-t-il avec celui-ci : il est des pays où, pendant tout l'été, les lapins domestiques sont exclusivement nourris de cette plante, sans que ces animaux s'en trouvent plus mal. Les porcs sont avides du coquelicot, et je ne sache pas qu'ils aient une prédilection pour le véritable pavot des jardins, pavot qui, nous l'avons vu, recelle réellement de la morphine. Reconnaissons-le donc, l'existence de l'opium, un instant supposée dans le coquelicot, est une de ces erreurs lancée dans le monde médical sous le

(1) Journ. de méd. vétér., tom. VI, pag. 99, 1829.

patronage d'un grand nom, et que des hommes célèbres d'une autre époque ont accueilli comme une vérité, parce que convaincus de la pureté de son origine, ils avaient négligé de la soumettre à une épreuve qui n'égare jamais, je veux dire à celle des résultats cliniques, le seul vrai juge du mérite des moyens thérapeutiques.

Il est une autre espèce de coquelicot que le vulgaire confond avec le véritable, c'est le coquelicot douteux, *papaver dubium*. Ces deux espèces ont en effet entre elles beaucoup de ressemblance, si ce n'est que les feuilles du dernier sont moins découpées, qu'elles ont une teinte un peu glauque, moins hérissée de poils, et que les capsules, au lieu d'être ovoïdes, sont oblongues. Les auteurs précédemment cités mettent encore cette plante au nombre des succédanés de l'opium; mais les résultats de l'inoculation viennent corroborer à ce point les analogies botaniques, que je suis autorisé à refuser également au coquelicot douteux les prérogatives que j'ai refusées au vrai coquelicot.

Ce qui aura sans doute contribué à engendrer autrefois l'erreur que j'ai combattue, c'est la similitude du suc épaissi de coquelicot avec le suc du pavot somnifère ou opium : la couleur, la saveur et, jusqu'à un certain point, l'odeur, sont effectivement, à peu de choses près, les mêmes.

Il ressort de ce travail que l'unique succédané du suc thébaïque est et reste être le suc du pavot somnifère cultivé dans nos climats. Essayer de contester cette puissance à ce végétal, ce serait commettre une grossière hérésie en matière chimique. M. Loiseleur-des-Longchamps a, en effet, irrévocablement prouvé ici que le suc de ce pavot, obtenu par incision, remplace en tout point, lorsqu'il est épaissi, le meilleur pavot d'Orient. Pourquoi les praticiens ne recourent-ils donc pas plus souvent à cette production indigène? Pourquoi négligent-ils surtout la récolte des capsules? Ils attendent, pour les cueillir, qu'elles se soient flétries et desséchées sur pied, c'est-à-dire que les liquides qui parcourent leurs vaisseaux soient altérés et modifiés à ce point que ces fruits sont devenus inertes. C'est au moment de la chute des pétales qu'il faut s'emparer de ces capsules pour les faire sécher à l'abri et loin de l'humidité. A l'aide de ces précautions, on possédera un véritable succédané de l'opium, un succédané sur lequel on pourra infailliblement compter.

Je ne terminerai pas cet article sans rappeler aux lecteurs du *Bulletin* les ressources inespérées que la thérapeutique est appelée à retirer de l'inoculation des sels de morphine. Avec cette méthode, les vésicatoires ammoniacaux deviennent inutiles; il n'est pas d'ailleurs prudent de les placer indistinctement sur tous les points de l'organe cutané : par exem-

ple, leur application à la face dirigée par des mains inhabiles peut laisser des traces indébiles. Les piqûres de lancette n'exposent jamais à ce grave inconvénient. Un vésicatoire ne peut être posé sur le cuir chevelu sans faire le sacrifice d'une partie des cheveux, sacrifice auquel bien des clients hésiteront à se soumettre ; la méthode de l'inoculation se pratique au contraire au milieu de la chevelure la plus épaisse avec la même aisance que sur l'endroit le mieux épilé du corps. En voici un exemple fort curieux.

Un jeune homme, âgé de vingt-neuf ans, était fort incommodé depuis trois jours d'une douleur aiguë et lancinante, siégeant au niveau de la suture lambdoïde. Rapide comme l'éclair, cette douleur revenait deux ou trois fois dans l'espace d'une même minute; elle était si vive, qu'à chacune de ses apparitions elle arrachait un léger cri au malade et contraignait sa tête à exécuter un mouvement de latéralité. Chaque retour de la douleur était comparé à un coup d'aiguille qui aurait profondément pénétré dans la peau du crâne. Tout travail intellectuel était impossible ; le sommeil lui-même était imparfait. Connaissant le procédé de l'inoculation, ce jeune homme s'adressa à moi pour le faire participer au bénéfice de cette méthode. Je lui pratiquai sur l'endroit douloureux une quinzaine d'incisions, avec la pointe d'une lancette chargée d'hydrochlorate de morphine, et cela sans enlever un seul cheveu. Près d'un grain de sel alcalin fut absorbé, et à l'instant même les douleurs disparurent. Pendant deux jours je réitérai matin et soir la même opération, et la guérison obtenue si subitement ne s'est point démentie.

Dans le mémoire que je publiai l'an passé, je disais (1) : « Cette médication ne rendra-t-elle pas d'éminents services en l'opposant à ces cruelles démangeaisons des parties génitales parfois si rebelles, chez l'homme et chez la femme ? » Mes prévisions se sont aujourd'hui changées en certitude. Mon ami, le docteur Morin, vient de faire disparaître, chez une femme de quarante-cinq ans, un prurit des plus intenses, qui, siégeant aux grandes lèvres, durait depuis quatre ans. La force des démangeaisons rendait souvent le sommeil impossible. Un grain d'hydrochlorate de morphine fut inoculé à l'endroit affecté, et les douleurs disparurent dans la même nuit pour ne plus reparaître. La guérison se soutient depuis bientôt deux mois. Ce fait a été observé dans la Gironde, à Cablon, près Sainte-Foi.

Enfin, l'honorable et savant M. Martin Solon cite, dans un rapport qu'il a lu sur ma méthode devant l'académie de médecine, ce cas: une femme, en proie à une céphalalgie temporale, fut guérie par lui,

(1) Tom. XI, p. 331 du *Bulletin de Thérapeutique*.

à l'hôpital Beaujon, au moyen de l'inoculation, sur la région des tempes, d'une fraction de grain du même sel de morphine. M. Martin Solon a ajouté, en terminant son rapport, qu'il partage l'avis de l'auteur du mémoire sur l'utilité que la thérapeutique peut retirer de cette manière d'administrer les préparations d'opium (1).

Pour être sûr du succès, il ne s'agit que de préparer convenablement la pâte narcotique; et rien n'est plus simple : on délaye le sel de morphine dans un peu de salive, de manière à obtenir une masse demi-liquide. On trempe la pointe de la lancette dans ce mélange, et, ainsi chargée, on l'enfonce sous l'épiderme, comme il a été dit, ayant soin, avant de la retirer, de retourner son extrémité dans la petite plaie, afin d'y laisser tout le médicament. A chaque nouvelle incision, il est indispensable de replonger le bout de l'instrument dans la pâte de morphine. Une précaution fort avantageuse et qui rend la médication pour ainsi dire permanente est celle-ci : c'est de placer sur toutes ces incisions superficielles une flanelle ou un cataplasme de farine de lin bien arrosé de laudanum ou d'une décoction épaisse de datura stramonium. L'absorption sera, comme on le prévoit, favorisée ici par l'intervention des petites solutions de continuité. Que l'on soumette, au reste, mes idées au juge suprême en matière thérapeutique, c'est-à-dire à l'expériment clinique, et l'on verra si ces idées sont de vaines spéculations de l'esprit! G. V. Lafargue.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES MOTS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Une des plus délicates, des plus belles et des plus brillantes opérations de la chirurgie dans ses résultats, tant pour le malade que pour le médecin, lorsque le succès vient la couronner, c'est, sans contredit, l'opération de la cataracte. En effet, quoi de plus beau que de rendre à son semblable un sens aussi précieux que celui de la vue, et de quelles louanges, de quelles félicitations a dû être comblé celui qui, le premier, a obtenu la première réussite! De nos jours encore et surtout dans nos provinces, cette opération est réputée tenir du miracle, et ceux qui s'en occupent avec fruit sont regardés comme des individus privilégiés et surnaturels.

Mais si le chirurgien compte ses succès et s'en enorgueillit à bon

(1) Voyez *Gazette médicale*, n. du 15 décembre 1829.

droit, que de mécomptes, que de désappointements, que de revers dans les cas qui paraissaient présenter le plus de chances favorables, viennent par derrière obscurcir le tableau et balancer ses jouissances.

En effet, l'opération de la cataracte la moins laborieuse, faite par la main la plus exercée et la plus habile; dans les circonstances les mieux choisies, peut être suivie de ces terribles inflammations qui viennent tout à coup détruire un espoir bien fondé. Elles arrivent, ces inflammations, quelquefois de suite, d'autres fois plus tard, durent des semaines, des mois entiers, désorganisent les divers tissus du globe de l'œil, et lorsqu'elles se communiquent au cerveau, sont suivies d'accidents si terribles que la mort même peut s'en suivre (1); elles s'expliquent d'ailleurs très-facilement par la texture toute nerveuse de l'œil, qui reçoit à lui seul un gros tronc nerveux et beaucoup de rameaux des nerfs voisins.

La majorité des cataractes qui sont opérées à Paris, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville, sont sur des habitants des provinces, attirés par de hautes réputations chirurgicales. L'opération réussit le plus souvent de suite; et peu de jours après, les malades, pressés de retourner dans leurs familles, partent et sont enregistrés comme guéris, sur de grands tableaux qu'on nous adresse ensuite avec complaisance. Mais il faut suivre plus longtemps ces individus. Chez les uns on voit des réascensions du cristallin, des cataractes capsulaires secondaires; chez d'autres, des iritis qui deviennent chroniques, et amènent l'occlusion de la pupille, des ulcérations avec cicatrices et taies de la cornée, des douleurs oculaires, péri-orbitaires, crâniennes, cérébrales qui conduisent à la cécité sans lésion appréciable.

Que d'exemples je pourrais citer pour mon compte!

Dans un des précédents numéros de ce recueil, M. Malgaigne nous indique, comme l'anti-phlogistique par excellence, le préservatif de ces dangereuses inflammations consécutives, l'extrait d'opium donné à hautes doses et longtemps continué. Certes, si ce médicament continue à procurer ces mêmes avantages dans des circonstances semblables, la thérapeutique oculaire aura fait un grand pas, et l'on devra de grands remercîments à ce chirurgien déjà recommandable à plus d'un titre. Car je suis convaincu que, sur cent cas d'insuccès après l'opération de la cataracte, quatre-vingts, pour le moins, sont dus aux inflammations qui surviennent et qui restent rebelles à tout traitement rationnel ou empirique. Elles s'éteignent seules plutôt qu'on ne les détruit.

Dans l'observation que nous donne à ce sujet M. Malgaigne, je trouve

(1) Voir l'observation de Hoin de Dijon, deuxième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie.

qu'il s'élève trop contre ceux qui cherchent à devenir ambi-dextres ; je ne le suivrai pas dans ses raisonnements, que je n'adopte pas entièrement ; et n'entamerai point une polémique inutile ici : je dirai seulement que je crois les muscles très-susceptibles d'éducation, particulièrement ceux des mains et des doigts, et je crois encore qu'avec une volonté ferme, de la persévérance et surtout un exercice fréquemment répété, on peut les conduire à faire assez bien. Pourquoi ne me citerai-je pas pour exemple ?

A mon entrée dans la carrière médicale, je debutai, il y a dix-neuf ans, par une opération de cataracte de l'œil gauche. Je me servis, par conséquent, de la main droite. Le succès couronna mon œuvre ; je me fis une petite réputation, et il s'ensuivit tout naturellement que d'autres cataractés vinrent me trouver. Parmi eux il s'en rencontra dont la lentille de l'œil droit était opaque : je dus nécessairement les opérer de la main gauche, n'étant pas ambi-dextre et n'osant pas d'ailleurs, crainte de reproches mal fondés, me placer derrière le malade, comme on l'a déjà indiqué avant M. Malgaigne (1).

Pour arriver à mon but, matin et soir et souvent dans la journée, pendant longtemps, je simulai l'opération de la cataracte avec les doigts de la main gauche armés des instruments nécessaires. J'instruisais ces doigts, qui me parurent devenir souples et dociles ; en un mot, j'en fis des outils que je crois bons aujourd'hui, sans que pour cela mes doigts de la main droite soient devenus plus mauvais. Je ne reconnais pas du tout que les gauches aient acquis de l'adresse aux dépens des droits.

Le procédé opératoire de M. Malgaigne consiste à sortir le cristallin de son chaton, à l'énucléer, et à le plonger avec l'aiguille dans le corps vitré, à la partie inférieure de l'iris, pour l'abandonner là et le confier aux absorbants. Il pense qu'il faut laisser les deux cristalloïdes en leur place, lorsqu'elles sont saines ou peu malades, parce que, dit-il, « Si » l'on voulait détruire un organe sain, dans la crainte qu'il ne devienne » malade, on mènerait loin la chirurgie en admettant ce principe. »

Au premier abord cet argument paraît sans réplique. Cependant, avec un peu de réflexion, il est facile de le rétorquer. En effet, ce n'est point un organe sain qu'on laisse en place, c'est un organe déjà lésé par le fer de l'opérateur, puisqu'il est évident que la cristalloïde postérieure

(1) Dans la troisième édition des œuvres chirurgicales de Sharp, chirurgien de l'hôpital Guy de Londres, on trouve le passage suivant : Quand il est questinn d'abattre une cataracte de l'œil droit, et que le chirurgien ne saurait opérer de la main gauche aussi adroitement qu'avec la droite, il peut se mettre derrière le malade et se servir de la main droite. Traduction du doct. Jault. M DCC XLI.

est ouverte dans l'opération par dépression, et l'antérieure, dans celle par extraction. On sait en outre d'ancienne date, par les expériences de M. Serre d'Alais, puis par celles précédentes d'un oculiste allemand, cité dans ce recueil par M. Carron-du-Villards, que le cristallin et ses membranes tendent presque toujours à devenir opaques après la moindre lésion. Ce procédé est d'ailleurs, à peu de chose près, celui de Ferrein (1), de Petit de Namur (2), de Taylor (3), de Lafaye (4), abandonné depuis par cause de la fréquence des cataractes capsulaires consécutives.

On peut dire en peu de mots que l'opération de la cataracte par dépression, par abaissement, par ponction de la sclérotique, à part la manœuvre et les instruments particuliers à chaque oculiste ou chirurgien, repose sur trois procédés qui, tous, sont anciens.

1° Abattre le cristallin avec ses enveloppes en masse ;

2° Abattre la lentille seule en la sortant de ses enveloppes, qu'on laisse en leur lieu lorsqu'elles sont saines ;

3° Abattre d'abord la lentille et déprimer, détruire ensuite avec l'aiguille les cristalloïdes saines ou malades, en tout ou en partie. Le broiement du cristallin et de ses membranes s'adapte, bien entendu, à ces trois procédés. Quant au lieu d'élection il est fixé par la plupart des oculistes et principalement par le professeur Scarpa, qui a fait revivre cette méthode, à une ligne un tiers de la circonférence de la cornée et un peu au-dessous du diamètre transversal du globe.

Pourvu qu'on évite les artères et les nerfs ciliaires, ce qui n'est pas toujours facile, puisqu'ils n'ont pas une position constante, je crois qu'en changeant les manœuvres et les instruments on pourrait opérer tout autour de la cornée, en haut, en bas, à droite, à gauche, et dans l'intervalle de ces quatre points cardinaux; et j'ajouterai que nous sommes appelés, si nous vivons, à voir inventer de nouveaux procédés dans ce sens.

Les anciens furent frappés des inconvénients sans nombre et du peu de succès obtenu par l'abaissement. Sabatier, peu partisan de cette méthode, nous raconte que du temps de Raw, Heister, Hovins, en 1550, on obtenait à peine une réussite sur cent opérations, ce qui me semble exagéré. Leurs procédés avaient cependant beaucoup de ressemblance avec ceux d'aujourd'hui, puisque même, comme je l'ai dit plus haut, on cherche à les ressusciser encore.

Bien plus heureux, M. le professeur Serre, de Montpellier, nous a

---

(1) Dissertation présentée à l'Académie des Sciences de Montpellier. 1722. — (2) Mémoire de l'Académie des Sciences, Paris, 1722.—(3) Oculiste anglais, 1738. — (4) Note sur Desonis; 1460.

annoncé avoir obtenu par un procédé d'abaissement à lui propre, soixante-deux succès sur soixante-dix opérations, succès que je qualifierai au moins d'étonnants.

Enfin, soit que nos prédécesseurs eussent moins d'adresse, des instruments moins parfaits, des connaissances anatomiques moins exactes, ou plus de franchise à avouer leurs revers, toujours est-il qu'ils abandonnèrent l'abaissement, persuadés que les accidents formidables qui suivaient si souvent ce procédé, étaient dus d'abord aux ravages, aux déchirements occasionnés par l'aiguille dans sa marche, et ensuite à l'irritation continuelle produite par la lentille et ses annexes, placés dans un lieu insolite où ils agissaient comme corps étrangers. Partant de ces idées, ils cherchèrent les moyens de tirer de l'œil ces organes devenus opaques; dès lors la méthode dite par extraction fut inventée. Cette méthode beaucoup plus brillante, plus séduisante que la dépression, lui est-elle préférable? La question n'est pas encore résolue pour tout le monde.

On peut répéter ici ce que nous avons dit pour l'abaissement. L'extraction à part, l'arsenal chirurgical et le manuel particulier à chaque opérateur repose également sur trois points très-connus.

1° Après l'incision de la cornée, souvent le cristallin sort de lui-même, accompagné, entouré de ses membranes; ce qui correspond à l'abaissement en masse;

2° Si cela n'a pas lieu, on incise la cristalloïde antérieure, qu'on laisse en place si elle est saine, après en avoir extrait la lentille; ce qui répond au deuxième mode d'abaissement;

3° Enfin, lorsque le cristallin a été extrait seul, on doit enlever les cristalloïdes lorsqu'elles sont opaques et même lorsqu'elles sont diaphanes, en tout ou en partie, selon la conviction de l'opérateur; ce qui ressemble au troisième procédé de dépression.

Le lieu d'élection du temps de Dawiel, de Garengeot, de la Faye, premiers inventeurs de cette méthode pour l'incision de la cornée, était fixé à la partie inférieure de cette membrane. Wenzel, qui a porté au dernier degré de perfection le procédé de l'extraction, faisait l'incision de la cornée à la partie externe, pour éviter de blesser la caroncule lacrymale, la paupière inférieure ou la racine du nez, avec la pointe du couteau. Un oculiste de Paris, à ce que m'ont rapporté quelques jeunes médecins, pratique cette même incision à la partie supérieure de cette membrane, pour éviter la perte de l'humeur vitrée.

Je ne trouverais pas étrange qu'un de ces jours, par des circonstances particulières, ou même seulement pour faire autrement que les autres, quelqu'un vînt à nous proposer de la pratiquer à la partie interne du côté du nez.

Ainsi, comme on le voit, on peut très-facilement opérer tout au tour de la cornée, pourvu qu'on ait soin de faire l'incision très-près de la grande circonférence de cette membrane, pour éviter que la cicatrice, toujours plus ou moins opaque, ne se trouve vis-à-vis de la pupille, dans le champ de la vision.

J'ai lu quelque part dans l'histoire d'un voyage au Kamtschatka, qu'en ce pays, où les cataractes, que l'on croit produites par la vivacité des rayons solaires réfléchis sur une neige éblouissante, sont très-communes, ce sont les bonnes femmes du lieu « qui les cernent avec un » petit couteau, et il est rare, » ajoute l'auteur de la relation « que » cette opération ne soit pas couronnée de succès. » Certes, si le voyageur est véridique, elles sont pour le moins aussi adroites que nos plus famés oculistes.

En résumé, quel que soit le procédé et l'opérateur, l'opération de la cataracte a toujours été jusqu'à ce jour assez chanceuse. Il faut en accuser la sensibilité exquise, l'irritabilité excessive de l'organe tout nerveux qui en est le siége. Qu'on joigne à cela l'âge avancé de la plupart des aveugles, les complications morbides, les écarts de régime, l'oubli des précautions indispensables, beaucoup de causes inappréciables, et l'on aura presque autant lieu de s'étonner d'un succès que d'un revers.

D'ailleurs, contrairement à l'avis de M. Malgaigne, et d'accord avec les oculistes les plus renommés, je conseillerai toujours dans l'extraction comme dans l'abaissement, autant que faire se peut sans danger, d'enlever, de détruire les membranes cristalloïdes, surtout l'antérieure; car au bout d'un temps plus ou moins long, et après la plus légère inflammation, elles deviennent presque toujours opaques et forment des cataractes consécutives qui exigent une seconde opération.

Malgré tout, ni les opérateurs, ni les procédés opératoires ne manqueront aux cataractes; on remarquera plutôt l'inverse. En effet, nos départements sont sillonnés dans tous les sens par des oculistes de toutes les nuances. Les uns voyagent en brillant équipage, d'autres modestement par les voitures publiques; les derniers, enfin, se hasardent à voyager à pied. Partout, les murs de nos villes, de nos bourgs, de nos hameaux sont couverts de grands placards, sur lesquels on a lithographié de gros yeux traversés dans tous leurs axes par des aiguilles, des couteaux.

Aucune profession ne prête plus au charlatanisme; et ce qui m'étonne c'est que les premiers magistrats des départements, les préfets, en un mot, se laissent prendre aux amorces trompeuses de ces capacités ambulantes. Ils apostillent leurs annonces mensongères; ils font plus, ils les insèrent dans les recueils administratifs, afin que personne n'en

ignore. A l'instant où je trace ces mots, je trouve placardée à ma porte l'affiche suivante, en lettres d'un pied de dimension ;

« Arrivée dans le département de la Nièvre, du docteur Thenadey, » chirurgien oculiste de Lyon, de tous les rois et reines, princes et » princesses du continent, etc. »

Que les aveugles se rassurent donc ! nos confrères d'aujourd'hui ne sont pas travaillés de la même crainte que Fabrice d'Aquapendente. Ce chirurgien, dans ses œuvres, article *Suffusion*, s'exprime ainsi : « Je me suis déporté de l'opération de la cataracte, tant parce que ces *ouvriers* (les oculistes) me voulaient mal, que parce aussi qu'en cette opération il fallait tenir très-longtemps les yeux fixes et attentifs, d'où je sentais que mes yeux recevaient un extrême détriment, y ayant fort à craindre que, voulant guérir les yeux d'autrui, je ne perdisse les miens propres. »

Peut-être en imprimant ces lignes, ai-je outre-passé mes droits, moi obscur chirurgien de province : heureux si je n'ai pas ennuyé le lecteur.

LISON, D.-M.
à Donzy (Nièvre).

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR SÉPARER DE PETITES QUANTITÉS D'ARSENIC DES SUBSTANCES AVEC LESQUELLES IL EST MÉLANGÉ, PAR JAMES MARSH (1).

Bien que des méthodes, à l'aide desquelles on peut découvrir la présence de petites quantités d'arsenic dans un aliment, dans le contenu de l'estomac, et dans des mélanges avec différentes autres substances animales et végétales, aient été très-perfectionnées dans ces derniers temps, cependant il manquait encore un procédé pour le séparer d'une manière prompte et commode à l'état pur, et pouvoir alors le soumettre seul à l'action des réactifs appropriés. Par ce procédé on devait en outre, non seulement découvrir l'arsenic dans son état ordinaire d'arsenic blanc ou d'acide arsenieux, et l'obtenir sous forme métallique, mais encore arriver au même résultat lorsqu'il est tout à fait à l'état d'acide arsénieux, ou bien que ces deux acides sont en combinaison avec des

(1) Ce mémoire est extrait de l'*Edimburgh new. philosoph. journal* et du Journal de Pharmacie.

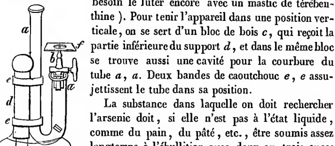
alcalis. Je présumai que j'atteindrais ce but en mettant de l'hydrogène au moment de sa mise en liberté en contact avec l'arsenic : ce gaz devrait en effet désoxider d'abord l'arsenic, puis se combiner avec lui pour former le gaz hydrogène arseniqué. Une fois que l'arsenic est réduit à l'état gazeux, il se sépare spontanément, pour ainsi dire, de la liqueur où il était précédemment dissous, et peut être recueilli dans un appareil à gaz ordinaire pour l'examen ultérieur : on simplifierait ainsi beaucoup naturellement le procédé pénible, difficile et minutieux que l'on suit actuellement pour découvrir l'arsenic dan les substances organiques.

J'eus le plaisir de voir mes présomptions confirmées par les expériences, et je fus, par ce moyen, en état, non-seulement de séparer de très-petites quantités d'arsenic du gruau, des potages, du porter, du café et d'autres aliments liquides, mais encore de retirer en continuant assez longtemps l'opération, tout l'arsenic de ces substances à l'état d'hydrogène arseniqué pur, ou tout au plus mélangé d'hydrogène en excès.

Si on enflamme ce gaz lorsqu'il se dégage dans l'air en sortant d'un tube à petite ouverture, l'hydrogène, qui est l'élément le plus combustible, brûlera le premier et produira de la vapeur d'eau, tandis que l'arsenic se déposera à l'état métallique, ou bien à celui d'acide arsenieux, suivant que le gaz sera en partie ou en totalité en contact avec l'air. Si l'on tient, par exemple, un morceau froid de verre de fenêtre contre la flamme, il se déposera aussitôt une pellicule mince d'arsenic métallique à sa surface; mais si on fait pénétrer la flamme dans un tube de verre ouvert aux deux extrémités, ce dernier se recouvrira à son intérieur dans l'espace d'une demi-minute, d'une couche blanche pulvérulente d'acide arsénieux. Si au contraire on dirige obliquement la flamme dans le tube, de manière à effleurer le verre, elle déposera une partie de l'arsenic à l'état métallique. Si dans ce dernier cas on approche le tube des narines, tandis qu'il est encore chaud, on remarquera l'odeur d'ail particulière de l'arsenic. L'hydrogène arseniqué a aussi absolument la même odeur, mais on ne doit le sentir qu'avec beaucoup de précaution, parce que chaque pouce cube de ce gaz contient environ un quart de grain d'arsenic.

L'appareil propre à ces expériences (*fig.* 1), est extrêmement simple; il consiste en un tube de verre ouvert aux deux extrémités, qui a environ trois quarts de pouce de diamètre intérieur et est courbé en forme de siphon *a*, *a* : la branche la plus courte a environ cinq et la plus longue huit pouces de longueur. Un robinet *b*, qui se termine en un tube à petite ouverture, est passé à travers un bouchon et assujett

avec lui dans l'ouverture de la plus courte branche du tube ou peut au besoin le luter encore avec un mastic de térébenthine). Pour tenir l'appareil dans une position verticale, on se sert d'un bloc de bois *c*, qui reçoit la partie inférieure du support *d*, et dans le même bloc se trouve aussi une cavité pour la courbure du tube *a*, *a*. Deux bandes de caoutchouc *e*, *e* assujettissent le tube dans sa position.



La substance dans laquelle on doit rechercher l'arsenic doit, si elle n'est pas à l'état liquide, comme du pain, du pâté, etc., être soumis assez longtemps à l'ébullition avec deux ou trois onces d'eau pure. Le mélange ainsi obtenu doit alors être mis sur un filtre pour séparer les parties solides. On peut étendre d'eau les potages épais ou les substances contenues dans l'estomac, et filtrer également. Quant aux potages peu consistants, au vin, à l'eau de vie, à la bière, au café, au thé et aux liquides semblables, on peut au contraire les employer sans traitement préalable.

Lorsqu'on doit se servir de l'appareil, on fait descendre une baguette de verre longue d'un pouce environ dans la plus courte branche, et on y porte ensuite une feuille de zinc pur, longue d'environ un pouce et demi, large d'un demi-pouce, et doublement recourbée, de manière à ce qu'elle descende dans le tube jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par la baguette de verre qui a été placée en premier lieu. Alors on assujettit à sa place le robinet qui est muni d'un tube à petite ouverture, et on tourne la clef de manière à ce qu'il reste ouvert. Après que la liqueur à examiner a été préalablement mélangée de un et demi à trois drachmes d'acide sulfurique étendu (une partie d'acide et sept d'eau), on en verse dans la longue branche jusqu'à ce qu'elle arrive dans la courte, à environ un quart de pouce au-dessous du bouchon. Alors il s'élève bientôt de la surface du zinc des bulles de gaz, qui sont formées d'hydrogène pur, s'il n'y a pas d'arsenic; mais si la liqueur contient de l'arsenic en dissolution, sous quelque forme que ce soit, le gaz contiendra aussi de l'hydrogène arseniqué. On laisse se perdre les premières portions de gaz, afin qu'elles entraînent avec elles le peu d'air atmosphérique resté dans l'appareil; ensuite on ferme le robinet, et le gaz se rassemble alors dans la plus courte branche, en repoussant la liqueur dans la plus longue, jusqu'à ce qu'elle soit dans la plus courte au-dessous du zinc : à ce moment toute production ultérieure de gaz cesse. On obtient ainsi une portion de gaz, qui se trouve sous la pression d'une colonne de liquide de sept à huit pouces de haut; si ensuite on ouvre le robinet, le gaz s'échappe avec une certaine force par l'ouverture du tube

qui surmonte le robinet, et si on l'enflamme à sa sortie (ce qui doit s'opérer promptement par le secours d'un aide), et qu'on tienne horizontalement au-dessus un morceau de verre *f*, de manière à ralentir un peu la combustion, l'arsenic se dépose à l'état métallique sur le verre : en effet, l'oxygène de l'air ne sert durant l'opération qu'à oxider l'hydrogène. S'il n'y a pas d'arsenic, la flamme a un tout autre aspect; le verre est à la vérité terni dans le premier moment par l'eau de nouvelle formation qui s'y dépose; mais en quelques secondes la chaleur s'élève assez pour qu'il devienne parfaitement clair, et pour que souvent même il se brise en morceaux.

Si on veut obtenir l'arsenic à l'état d'acide arsenieux ou d'arsenic blanc, on tient un tube d'un quart de pouce ou d'un demi-pouce de diamètre (suivant la grosseur de la flamme) et de huit à dix pouces de longueur verticalement au-dessus du courant de gaz en combustion, de telle sorte que celui-ci puisse brûler complétement, et l'arsenic qui s'y trouve en combinaison être suffisamment oxidé : le tube se recouvrira à l'intérieur d'une quantité d'acide arsenieux, qui sera en rapport avec la proportion d'arsenic contenue dans la liqueur.

Si on tient le tube de verre au-dessus de la flamme sous un angle d'environ quarante-cinq degrés, on peut se convaincre d'une triple manière à la fois de la présence de l'arsenic : en effet, il se dépose de l'arsenic métallique dans la partie du tube que la flamme touche, et à une légère distance de l'arsenic blanc ou de l'acide arsenieux. On peut en outre, à chaque extrémité du tube avec lequel l'expérience est faite, observer l'odeur d'ail.

A mesure que le gaz produit durant l'opération est consommé, le mélange acide retombe dans la branche du tube et se met de nouveau en contact avec le zinc, et l'on obtient bientôt alors une nouvelle provision de gaz : lorsqu'on essaie ce gaz par l'une des méthodes indiquées plus haut, il dénote également la présence de l'arsenic, et cette opération peut être répétée aussi souvent qu'il est nécessaire, jusqu'à ce qu'enfin le gaz ne soit plus formé que d'hydrogène pur.

Si l'on traite dans cet appareil certaines liqueurs mélangées ou composées, surtout du vin, de la bière, du café, du thé, du potage, le contenu de l'estomac, en général tout mélange mucilagineux ou albumineux, il se rassemble à la partie supérieure du tube une grande quantité de mousse qui peut empêcher le dégagement du gaz. Pour éviter tout à fait cet inconvénient, ou bien l'atténuer le plus possible, j'enduis l'intérieur de la courte branche de l'appareil avec de l'huile ou du suif avant d'y introduire la substance à examiner, ou bien je verse aussi quelques gouttes d'alcool ou d'huile d'olives à sa surface avant de placer le robinet avec son ajoutage. D'ailleurs, quelque abondante que soit

d'abord la mousse contenue dans le tube, son intérieur sera devenu transparent au bout d'une heure ou deux : en effet, les bulles se crèvent, sans que les résultats en souffrent le moins du monde.

S'il n'y a qu'une très-petite quantité d'arsenic, il est très-avantageux, en général, de ne pas laisser dégager trop promptement l'hydrogène, afin qu'il ait le temps de se charger de l'arsenic.

Un petit entonnoir de verre est d'un emploi très-utile lorsqu'on a des recherches à faire sur une cuillerée à soupe ou à thé de substance. Dans ce cas, on remplit en partie le tube d'eau ordinaire, et on laisse un espace suffisant pour la substance à examiner : on suspend au bouchon un morceau de zinc à l'aide d'un fil, de manière à ce qu'il se trouve dans l'axe du tube; puis la liqueur à examiner, ayant été préalablement mélangée avec de l'acide sulfurique étendu, est versée avec précaution dans le tube par l'entonnoir, de telle sorte qu'elle entoure le zinc, et se mêle le moins possible avec l'eau qui se trouve au-dessous de ce métal : enfin, on assujettit le robinet avec son ajoutage dans l'orifice du tube. Le gaz se dégage alors comme auparavant, et on opère absolument de la même manière.

Je dois décrire ici le procédé que je suis après chaque opération, pour me convaincre qu'il n'est pas resté d'arsenic à l'intérieur du tube ou au bouchon, ainsi qu'à son ajoutage, avant de me reservir de mon appareil pour une autre recherche. Après avoir lavé celui-ci avec de l'eau pure, j'y mets un morceau de zinc, et je le remplis d'eau jusqu'à un demi-pouce de l'orifice de la courte branche, puis j'y verse deux drachmes d'acide sulfurique étendu, et j'assujettis le robinet et le bouchon à leur place : il y a dans ce cas, comme auparavant, mise en liberté d'hydrogène qui remplit le tube. Si alors on enflamme le gaz qui se dégage après l'ouverture du robinet, et qu'on tienne au-dessus, comme auparavant, un morceau de verre, l'arsenic se déposera sur le verre lorsqu'il en sera resté. Dans ce cas, cette opération doit être répétée jusqu'à ce que le verre reste parfaitement net après l'action du gaz.

Si j'ai occasion d'employer deux à quatre pintes du mélange suspect, je me sers de l'instrument représenté dans la *fig.* 2, semblable, quant à la disposition principale, à ces machines déjà connues, dans lesquelles l'éponge de platine enflamme un courant de gaz hydrogène. Le vase extérieur *a*, dont je me sers, contient, plein, quatre pintes : le robinet laisse dégager verticalement le gaz par une ouverture deux à trois fois plus large que dans les machines précédentes. Au bouchon du robinet *b* est assujetti un fil pour pouvoir suspendre un morceau de zinc *c* dans la cloche de verre.

Avec un instrument de ce genre, un mélange qui contenait en dissolution un grain d'arsenic dans vingt-huit mille grains d'eau, m'a donné plus de cent croûtes bien évidentes d'arsenic métallique.

Trois pintes de potage très-épais, de porter, de thé, de café, etc., m'ont donné des résultats semblables ; le succès a été complet. Toutefois il est à remarquer que je n'ai fait marcher l'opération que lentement, et que ce n'est qu'après plusieurs jours que le mélange a cessé de donner des indices de la présence de l'arsenic. J'ai aussi, de temps à autre, employé une bien plus grande quantité de zinc et d'acide sulfurique que dans le petit appareil à tube, parce que la quantité de substance dans ce mode opératoire était aussi bien plus considérable.

Avec le petit appareil, j'ai obtenu des croûtes métalliques évidentes en n'employant qu'une goutte de la solution arsenicale de Fowler, bien que cette goutte ne contienne que la cent vingtième partie d'un grain.

Mon procédé décèle facilement la présence de l'arsenic dans l'orpiment artificiel et le réalgar, dans le vert de Scheèle et dans le sulfure d'antimoine, lors même qu'on n'emploie qu'un demi-grain de l'une ou de l'autre de ces combinaisons.

Je préfère les appareils que j'ai décrits plus haut à tous les autres. Toutefois on peut, au besoin, en employer de bien plus simples encore, une fiole à médecine, par exemple, contenant deux onces d'eau, avec un tuyau de pipe en terre, etc.

Enfin, je dois encore faire observer qu'assez souvent on trouve dans le commerce du zinc qui contient par lui-même de l'arsenic, et qui, par conséquent, traité par l'acide sulfurique étendu, donne du gaz hydrogène arseniqué; aussi doit-on, avant tout, s'assurer de la pureté du zinc que l'on doit faire servir à ces essais; mais cette expérience est très-facile : on n'a, en effet, qu'à mettre dans l'appareil un petit morceau de ce métal avec un peu d'acide sulfurique étendu, et à enflammer au-dessus du robinet le gaz dégagé. Lorsqu'il ne dépose ni pellicule métallique sur la plaque de verre, ni arsenic blanc dans le tube ouvert, le zinc doit être considéré comme suffisamment pur et bon à employer. Très-fréquemment aussi l'acide sulfurique (anglais) du commerce contient de l'arsenic, et l'on ne doit employer pour ces recherches que de l'acide rectifié, ou bien il faut s'assurer préalablement si l'hydrogène qui s'en dégage au contact du zinc pur contient de l'arsenic. Dans ces derniers temps on a, comme on sait, trouvé de l'arsenic dans du phosphore, dans de l'acide phosphorique, et dans beaucoup d'acides et de sels qui avaient été préparés avec de l'acide sulfurique (anglais).

On pourrait aussi s'exposer à des méprises extrêmement funestes, lorsque la liqueur, dans laquelle on recherche l'arsenic, contient des métaux étrangers. Si, par exemple, on fait dissoudre du fer pur dans de

l'acide hydrochlorique, et qu'on dirige la flamme du gaz hydrogène qui se dégage sur une surface de porcelaine, celle-ci se recouvre toujours d'une forte couche noire, que l'on pourrait être exposé à prendre pour de l'arsenic, bien que ce ne fût autre chose que du fer métallique. En effet, le gaz dans son dégagement entraîne avec lui des gouttelettes extrêmement fines de la dissolution, et le chlorure de fer qu'elles contiennent est réduit dans la flamme : il se dépose sur la porcelaine du fer métallique, qui, brûlant en partie au bord de la flamme, se change en oxide ferroso-ferrique : la couche d'arsenic s'en distingue d'ailleurs facilement : elle disparaît aussitôt lorsqu'on l'humecte avec une goutte d'acide nitrique ou d'hydrosulfate d'ammoniaque, tandis que celle de fer n'est pas attaquée par l'acide nitrique, et se colore en vert-noir par l'hydrosulfate d'ammoniaque. Tous les métaux pesants, et parmi eux l'antimoine notamment, se comportent comme le fer lorsqu'il est mêlé aux dissolutions.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR UN CAS CURIEUX DE SOMNAMBULISME NATUREL.

Les cas de somnambulisme naturel ne sont pas extrêmement rares. Cependant les phénomènes curieux présentés par cet état pathologique extraordinaire sont d'autant plus propres à intéresser, que les faits de cette espèce, authentiquement observés et constatés, ont été rarement publiés dans tous leurs détails.

C'est dans cette pensée que je vous transmets, pour être communiquée aux lecteurs du *Bulletin de thérapeutique*, l'histoire suivante :

Une jeune femme de Vaucouleurs, madame Flambeau, présente depuis six ans environ les phénomènes les plus remarquables du somnambulisme naturel. Cette dame est âgée de vingt et un ans, sa taille est moyenne, son physique est agréable et sa timidité est extrême. Mariée à dix-sept ans, elle est devenue mère à dix-huit, d'une petite fille qui jouit de la plus belle santé.

Le premier acte de somnambulisme qui ait été observé chez notre jeune malade, date de sa quinzième année. Elle était alors en pension et apprenait la musique; malgré tous ses efforts elle n'avait pu retenir une certaine romance ni son accompagnement; quel fut son étonnement un matin de savoir parfaitement et la romance et la musique. Dans la nuit qui avait précédé, elle avait été vue par ses compagnes, se levant,

s'habillant, et elle avait passé deux heures à étudier et à répéter sa romance.

Je fus appelé pour la première fois auprès de madame Flambeau, le 9 août 1836. Elle éprouvait depuis quelques temps des douleurs intolérables dans la tête, présentant une espèce de remitteuce. Quelques émissions sanguines et le sulfate de quinine en firent justice.

J'eus alors l'occasion de m'assurer que les bruits qui couraient dans Vaucouleurs, relativement à l'état de somnambulisme de cette dame, étaient fondés. Son mari, qui jusqu'alors avait caché avec soin l'état de sa femme, ne put me dissimuler la vérité.

Notre malade se levait chaque nuit régulièrement entre minuit et une heure du matin; elle sortait de sa chambre, allait, venait, parlait. Le mari n'y fit d'abord que peu d'attention; mais bientôt ayaot acquis la certitude que sa femme était somnambule, il prit les précautions nécessaires pour empêcher celle-ci de sortir de son appartement; et un jour il ferma la porte de sa chambre à coucher, et après en avoir caché la clef il s'endormit avec sécurité. Mais, à l'heure accoutumée, notre somnambule se leva, chercha et trouva la clef, ouvrit la porte et sortit comme à son ordinaire. Ce fut dans une de ses courses nocturnes qu'elle fut cacher, sur le toit derrière une cheminée, un pot de beurre de sa cuisine. Le lendemain et les jours suivants elle prétendit qu'on le lui avait volé. Quelque temps après elle fut le reprendre et le rapporta à sa place.

A quelques jours de là, elle se revêtit pendant la nuit de ses atours de fête, et parfaitement parée et endormie, sortit de chez elle à deux heures du matin, traversa une partie de la ville, fut jusqu'aux dernières maisons et s'en revint se coucher comme s'il n'était que neuf heures du soir.

Une autre nuit elle sortit de la maison vers deux heures du matin, se promena en chemise dans la rue, et fut s'asseoir sur un banc à trente pas vis-à-vis de sa demeure. Dans ce moment, un charretier vint à passer avec sa voiture; la voyant se dresser dans l'ombre il la prit pour un fantôme et lui asséna au travers du corps un violent coup de fouet. La douleur l'éveilla et lui arracha un cri; mais sur-le-champ le sommeil la reprit et elle retourna en sanglotant se recoucher auprès de son mari. Le lendemain un cordon douloureux, rouge et gonflé, lui ceignait le corps d'un sein à l'autre, et attestait, pour tout autre que pour elle, la réalité de son apparition dans la rue. Le voiturier, qui est un nommé Guilbert, messager de Vaucouleurs à Bar-le-Duc, fut désespéré de sa méprise.

Une autre nuit, elle fut à l'hôpital à la même heure, et après avoir sonné très-fortement, elle se mit à causer avec la sœur de la Charité,

qui connaissait son état et qui lui avait ouvert la porte, comme si elle était éveillée; puis ayant demandé la sœur Régis, près de laquelle on l'introduisit, elle s'assit, tint fort longtemps conversation avec elle, parlant assez sérieusement et finit, quoiqu'avec difficulté, par se laisser reconduire chez elle.

Une nuit elle vint en chemise à l'hôpital, et ayant frappé, elle attendit. Le voisin de vis-à-vis, cultivateur fort débonnaire, le nommé Saufrignon, qui l'aperçut, la voyant vêtue de blanc, la prit pour un revenant et commença, après un signe de croix, par chercher à l'éloigner, lui disant de loin des injures et la menaçant. Surprise de ce langage inaccoutumé, la peur la prit et elle s'enfuit, disparaissant comme une ombre légère et laissant l'exorciseur persuadé que c'était l'âme d'un jeune homme qui, peu de jours avant, était mort à l'hôpital. Le lendemain, grand bruit de cela dans le quartier; le soir, le mystère s'éclaircit.

Plusieurs nuits elle fut se promener en chemise dans le cimetière, épouvantant ainsi les gens crédules.

Enfin, les sorties nocturnes de ce genre se multipliant et compromettant sa vie, la sœur Régis et moi sollicitâmes vivement son mari de ne plus faire des absences aussi réitérées, car les affaires de son état l'obligeaient à s'éloigner pendant un jour et quelquefois davantage. Nous le pressâmes d'avoir une domestique qui pût veiller la nuit sur sa femme, au moins en son absence. M. Flambeau crut obvier à tout et parvenir à guérir sa femme en l'empêchant de sortir de sa chambre. Pour cela, il s'empara de la clef, après avoir fermé la porte. La première nuit que cela eut lieu, notre somnambule, après avoir fait en vain des recherches pour trouver la clef, ouvrit la croisée, et sauta d'une hauteur de quinze pieds dans la rue. La commotion fut violente: elle se fit ressentir principalement au cerveau et au côté droit, où elle éprouva une vive douleur. Elle s'éveilla quelques minutes, puis étant reprise de son sommeil, elle rentra, remonta l'escalier avec peine; et frappant à la porte de sa chambre, elle éveilla son mari, qui vint lui ouvrir. Celui-ci fut effrayé en voyant sa fenêtre ouverte et sa femme arriver en se traînant, un pied nud et à l'autre une pantoufle pleine de boue, la seconde pantoufle étant restée dans la rue. Encore trois ou quatre fois, madame Flambeau, mettant en défaut toutes les précautions prises, sauta dans son sommeil par la croisée. A la suite de ces violentes secousses, sa santé s'altéra, et il survint des désordres tels, que la malade fut forcée de garder le lit.

Elle ressentait une douleur continuelle et insoutenable au côté droit de la tête; elle était prise plusieurs fois par jour, à des heures irrégu-

lières, d'accès nerveux tellement forts, que trois à quatre personnes ne pouvaient la maintenir en place. Elle était, pendant ce temps, dans le délire le plus complet. La région hépatique était remittente et très-douloureuse à la pression, le pouls fréquent et plein, le faeies ictérique; il existait des alternatives irrégulières de frissons et de chaleur, comme aussi sa figure passait successivement de la pâleur à la rougeur. Appelé auprès de la malade, je lui pratiquai immédiatement une saignée assez copieuse; je la fis mettre dans un bain, et lui prescrivis une potion antispasmodique. Le lendemain quarante sangsues furent appliquées sur la région du foie, que je fis recouvrir de cataplasmes émollients; les bains furent continués. La douleur du côté droit de la tête ayant prédominé ensuite, je la combattis ensuite par deux applications de douze sangsues en trente-six heures, à l'angle de la mâchoire de ce côté et derrière l'oreille; une autre application fut nécessaire sur la région du foie. Malgré toute l'énergie de ce traitement antiphlogistique, la maladie ne décrut point d'intensité. La sensibilité et la tuméfaction de la région hépatique étaient telles, qu'on ne pouvait douter qu'il n'y eût là un travail de suppuration. C'est alors que j'appelai en consultation M. le docteur Colson, de Commercy; il fut d'avis d'administrer à la malade des pilules et des lavements d'assa fœtida, à cause des accidents nerveux qui prédominaient toujours; ce traitement n'amena aucune amélioration.

Un matin, quel ne fut point mon étonnement, en visitant la malade, de trouver l'hypocondre droit souple et sans la moindre douleur à la pression; la malade me raconta que dans la nuit elle avait été prise d'une colique violente, qu'elle avait fait deux selles abondantes et fétides; et que, depuis lors, la douleur avait disparu.

A dater de ce moment, les symptômes morbides du bas-ventre cessèrent peu à peu; mais le mal de tête et les phénomènes nerveux persistèrent. Quelque temps après, mon ancien maître, M. le docteur Champion, de Bar-le-Duc, fut aussi consulté pour ma jeune malade, qui a fini par se rétablir après avoir toutefois traversé une convalescence longue et difficile; car je n'ai cessé mes visites qu'en novembre 1836.

Depuis ce temps cette dame continue toujours à être somnambule; mais elle ne cherche plus à s'échapper par les fenêtres. Elle se lève, allume la chandelle, le feu, cherche à sortir; mais, sentant la porte fermée, elle se retire et se met à filer au rouet, ou bien se recouche. Il est à remarquer qu'elle ne se lève jamais qu'une fois par nuit.

Le dernier acte de somnambulisme qu'elle ait fait est le suivant : Au mois de septembre dernier, elle était chez son oncle, l'abbé T..... Cet ecclésiastique devait le lendemain, à l'occasion de la bénédiction d'un autel de son église, donner un grand repas au clergé et à M. le curé de

Stenay, son doyen. Il avait exprimé le désir qu'on mît le couvert la veille, pour qu'on ne fût point si pressé le lendemain; cela n'avait point été fait. Notre jeune somnambule se leva au milieu de la nuit; et, quoiqu'elle ignorât où la plupart des objets étaient placés dans les armoires de son oncle, elle arrangea la table de la manière la plus parfaite; elle n'oublia même pas de placer devant chaque convive un verre à vin ordinaire et un verre à vin de Bordeaux. Elle coupa aussi le pain, et en mit un morceau sous chaque serviette. Tout cela se fit sans bruit, sans encombrement et sans rien casser; puis, l'arrangement terminé, elle fut se recoucher. L'étonnement fut universel.

La domestique, qui couche actuellement près de cette dame, m'a dit que, lorsqu'elle se lève et qu'on l'interroge sur ses desseins, elle a la réponse brusque et presque colère; elle a les yeux ouverts et fixes, et elle emploie souvent la flatterie pour obtenir ce qu'elle désire.

Si vous le désirez, je vous tiendrai au courant de ce qui surviendra dans l'état de notre jeune et intéressante somnambule.

VERDET,
D.-M. à Vaucouleurs, (Meuse).

EXPÉRIENCES SUR LA TITILLATION ET LA LÉSION DES NERFS CILIAIRES, DE L'IRIS ET DE LA RÉTINE.

Ayant remarqué pendant l'opération de la cataracte un rétrécissement prompt et très-marqué de la pupille, quoique dilatée par l'extrait de belladone, je cherchai à tirer parti de ce fait, et, dans ce but, j'entrepris les expériences que je vais succinctement rapporter.

En 1827, j'introduisis dans l'œil d'un lapin dont les pupilles avaient été dilatées préalablement par l'extrait de belladone, une aiguille fine à cataracte, à travers la sclérotique; la pupille se resserra au moment où le ganglion ciliaire fut touché. Même phénomène arriva sur un autre, et de la même manière.

Sur un troisième, cette opération resserra également la pupille, mais il se forma une cataracte.

Sur un quatrième, la piqûre de la rétine, assez en arrière, fut suivie d'une énorme dilatation pupillaire, et plus tard d'une vive inflammation, qui causa la perte de la vue. Chez d'autres, il y eut des iritis, une petite hémorrhagie, mais le plus souvent j'obtins le resserrement de l'iris et une disposition photophobique, alors que les autres excitants les plus énergiques, la cautérisation, par exemple, avaient été sans effet sur les pupilles, énormément dilatées par l'extrait de belladone.

Que conclure de ces faits ? C'est que la cinquième paire étant souvent insensible aux médications portées sur les rameaux épanouis dans le cuir chevelu et la peau de la face, l'on peut attaquer directement la maladie par une irritation portée sur l'œil, qui, au moyen des nerfs ciliaires, se transmet aux ganglions ophthalmiques ou semilunaires, et de là, à l'origine et aux faisceaux principaux du trifacial, comme à la rétine, au nerf optique et au cerveau lui-même. On obtient ce résultat d'innervation par la cautérisation pratiquée sur le point le plus voisin du cercle ciliaire. Plus le stimulus est porté près de l'organe malade, plus est grande la probabilité d'obtenir un effet thérapeutique. Or, si à son tour le voisinage de la cornée ou du ganglion ciliaire est insensible à la cautérisation, on doit espérer beaucoup de l'introduction d'une aiguille dans l'œil pour provoquer la titillation de l'iris, de la rétine, des nerfs ciliaires. Le but de cette opération est de produire des réactions nerveuses et vasculaires dans le bulbe oculaire lui-même. Ainsi, le médecin peut espérer quelque bienfait d'une iritis, d'une choroïdite, d'une rétinite légère, lorsque cet organe a perdu ses fonctions, lorsqu'aucune autre médication active n'a pu les lui rappeler. L'œil amaurotique, quelle qu'en soit la cause, se trouve dans une espèce d'état de stupeur, d'où sa surexcitation artificielle peut le faire sortir.

Dans la manœuvre de l'opération, il faut surtout s'attacher à ne pas toucher le crystallin, et là gît toute la difficulté lorsqu'on veut surexciter le ganglion ciliaire ou l'iris. Au reste mes expériences sur la lésion traumatique du crystallin ont prouvé que son opacité n'arrivait pas infailliblement pour une simple blessure ; il fallait, pour l'obtenir chez certains sujets, des lésions assez étendues et suffisamment répétées ; s'il s'agit d'exciter seulement la rétine, on n'a aucune crainte à avoir quant à la cataracte artificielle, — l'espace est assez large pour éviter la blessure du crystallin.

Puissent les hommes placés sur un vaste théâtre répéter ces expériences. Nul doute qu'entre leurs mains habiles elles ne tournent au profit de l'ophthalmologie, pour laquelle il reste encore tant de découvertes à faire.

La fièvre nerveuse et vasculaire de l'œil, artificiellement produite, peut amener le retour de la vue.

Du reste, les idées que j'exprime ici, je les ai développées dans un mémoire intitulé, *Traitement de la dilatation pupillaire*, que j'ai envoyé au concours Monthyon en 1834. SERRE D'UZÈS.

BULLETIN DES HOPITAUX.

— *Compression dans la phlébite.* — Nous avons observé les meilleurs effets de la compression dans un cas de phlébite extrêmement grave, qui a été traité à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Le malade était un palefrenier, âgé de trente et un ans. Etant dans une des salles de médecine, il avait été nécessaire de lui pratiquer une saignée du bras, laquelle avait déterminé la phlébite. L'inflammation s'était étendue rapidement jusqu'à l'aisselle, et occupe de point en point toutes les veines superficielles. La suppuration est survenue, mais elle a été longtemps douteuse, parce qu'elle était très-profonde. Plusieurs abcès se sont cautérisés dans divers points du membre et ont été ouverts, mais il existait sous les muscles et les aponévroses, de vastes trajets fistuleux qui ne tarissaient point. Le malade était presque dans le marasme, et en danger prochain de succomber, lorsqu'il fut apporté dans le service de M. Velpeau, au n. 57 de la salle Sainte-Vierge. C'est dans cet état que la compression a été mise en usage, et déjà, au second jour, la suppuration avait diminué et l'état général du sujet s'était amélioré, et avant-hier 25 novembre, il est sorti complétement guéri. Toutes les plaies se sont fermées ; il n'y a qu'un peu de roideur dans le bras, occasionnée par les adhérences profondes qui ont eu lieu.

Pour tirer tout le parti convenable de la compression, il faut qu'elle soit employée avec intelligence et méthode ; il faut en surveiller les effets et la modifier souvent tous les jours et plus souvent encore. Chez ce malade, il fallait que la compression fût exercée sur tous les points du membre, mais principalement sur les veines ; il fallait aussi respecter les plaies qui existaient au pli du bras et à la partie postérieure à côté du coude. On a établi la compression d'abord sur les doigts ; puis, en remontant, on a comprimé jusqu'au pli du coude, où il a fallu respecter la surface des plaies antérieure et postérieure. Des compresses graduées ont servi dans les points du membre où une pression plus forte était nécessaire.

M. Velpeau établit dans la phlébite trois divisions importantes en pratique : la phlébite externe, la phlébite interne, et la phlébite interne et externe à la fois. Le danger est infiniment plus grand dans la phlébite interne que dans la phlébite externe ; dans celle-ci, l'inflammation existe dans les couches cellulaires qui entourent le vaisseau, et elle a une tendance extrême à gagner au loin, à cause de la nature des tissus : la phlébite interne s'accompagne d'une altération du sang et constitue un empoisonnement réel ; de là vient que si l'on parvient assez souvent à guérir les phlébites externes, il est encore douteux qu'on ait guéri 'autre. Il va sans dire que le malade dont nous avons rapporté l'histoire avait une phlébite externe.

Sur deux opérations césariennes pratiquées à l'hôpital de l'École. — Deux faits aussi rares qu'intéressants viennent d'être observés presque le même jour à la clinique de l'École : ce sont deux cas d'opération césarienne, pratiqués, l'un hier 29 novembre, à dix heures du soir. par M. Ménière ; l'autre, ce matin, à huit heures, par M. Moreau,

Nous avons assisté à cette dernière opération. La femme qui l'a supportée est âgée de vingt-huit ans; elle est primipare, blonde, petite rachitique. Le vice de conformation qui s'opposait à la terminaison naturelle de l'accouchement était le rétrécissement du diamètre sacro-pubien du bassin, qui n'avait que *deux pouces*. Du reste, la femme était arrivée au huitième mois et demi de sa grossesse; le travail avait commencé depuis quarante heures, et l'écoulement des eaux avait eu lieu depuis trente. Une fois décidée, cette opération a été exécutée par la méthode directe; par celle qui consiste à inciser la ligne blanche. La plaie extérieure a présenté environ six pouces de hauteur et s'arrêtait à un pouce et demi audessus des pubis. Plus rapprochée de l'articulation de ces os, cette plaie eût exposé le col utérin à être divisé, et par là, on eût détruit le godet qui facilite l'écoulement des caillots et des lochies. Dans un premier temps, M. Moreau a divisé la peau et le tissu cellulaire subjacent; dans un second, il a divisé l'épaisseur de la ligne blanche; l'utérus s'est alors montré à nu, sans qu'aucune anse intestinale soit venue se présenter au tranchant du bistouri, comme cela était arrivé la veille à M. Ménière. La matrice reconnue, le professeur a fait dans un dernier temps, à cet organe, avec un bistouri droit, une incision perpendiculaire, longue d'un pouce, et l'a ensuite agrandie au moyen d'un bistouri boutonné, de telle sorte que cette ouverture offrit environ quatre pouces de hauteur.

Les pieds ont été la première partie présentée. L'opérateur en a saisi d'abord un, et à l'aide d'un léger mouvement de traction il s'est bientôt emparé de l'autre. Prenant alors les deux membres pelviens d'une main et le tronc de l'autre, il a extrait en quelques secondes le reste du corps de l'enfant. Le cordon ombilical a été coupé à l'instant même. Cet enfant était pâle et donnait quelques signes de vie; mais il est mort un quart d'heure après, malgré les divers genres de stimulation qu'on lui a fait subir. Pendant la division de l'utérus, et pendant tout le temps que le fœtus a mis à en sortir, MM. Ménière et Cazeaux qui servaient d'aides, comprimaient les parois abdominales chacun de leur côté afin de prévenir les épanchements de sang et de sérosité. La délivrance s'est effectuée au bout de cinq minutes sous l'influence de quelques tractions exercées sur le cordon; le corps de la matrice n'a pas tardé à revenir sur lui-même.

Avant de procéder au pansement externe, M. Moreau a passé par la cavité de l'utérus une petite mèche à travers le col de cet organe et l'intérieur du vagin, dans le but de faciliter l'écoulement des lochies. La suture enchevillée a été ensuite exécutée sur la plaie des parois abdominales, de telle sorte que le fond seulement fut réuni par première intention. Un peu de charpie appliquée sur la suture, et un bandage de corps, ont composé le reste de l'appareil. Au bout de dix minutes, temps qu'a duré l'opération, la malade a été rapporté dans son lit. Cette femme a montré le plus grand courage; elle n'a pas poussé le plus léger cri. Ses souffrances ne se traduisaient que par la pâleur de la face et la contraction des muscles du visage. Aucune hémorrhagie ne s'est au reste manifestée durant le temps des manœuvres Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats. La femme opérée par M. Ménière est morte au bout de huit heures; l'enfant n'a vécu que quelques minutes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATION SUR LA CHORÉE ET SUR SON TRAITEMENT PAR LES BAINS SULFUREUX.

Un des bienfaits de la médecine dite organique, c'est-à-dire de celle qui, derrière un trouble fonctionnel, cherche à voir une lésion d'organes, c'est d'avoir, en quelque sorte, rationalisé cette classe mystérieuse de maladies comprises sous le nom de *névroses*. Lorsque dans l'esprit des praticiens la maladie était constituée par un groupe de symptômes déterminés, il s'ensuivait rigoureusement autant d'individualités morbides que ces mêmes groupes pouvaient offrir de variétés ; mais ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que la médication était édifiée sur ces symptômes, sans considération des causes variables constituées par des lésions d'organes, souvent de nature opposée, bien que se révélant par des troubles fonctionnels identiques en apparence. De là cette classe illusoire de médicaments dits *antispasmodiques*, dont quelques praticiens font encore un si funeste abus dans les nombreuses maladies où l'innervation manifeste des troubles secondaires aux lésions les plus diverses ; de là cette foule de remèdes préconisés tour à tour par autant d'observateurs qui, supposés de bonne foi, peuvent tous avoir raison, eu égard à la variété des lésions auxquelles chacun eut affaire.

Ce n'est pas que la médecine dite organique ait la prétention d'avoir découvert l'essence de toutes les maladies et particulièrement des névroses ; mais ce qu'elle a fait voir, c'est que les affections de cette dernière espèce éclatent souvent à l'occasion de certaines altérations organiques vers lesquelles, rationnellement, la médication doit être dirigée pour être fructueuse ; elle a circonscrit la classe des névroses pures, aux cas où la maladie se montre à l'état de simplicité, dégagée de ses éléments matériels appréciables qui, dans d'autres circonstances, dominent manifestement les troubles nerveux. C'est cette médecine qui a détrôné les *anti* de toute espèce, en faisant apercevoir l'inconséquence et les dangers des médications *à priori*. Il n'est pas un médecin au courant de la science qui croie aujourd'hui aux vertus comme prédestinées des prétendus *anti-épileptiques*, *anti-hystériques*, etc. Car on sait que l'épilepsie, l'hystérie peuvent être l'expression symptômatique des causes et des lésions les plus variées.

Les réflexions précédentes s'appliquent spécialement à l'histoire et au traitement de la chorée, cette bizarre maladie à laquelle on a opposé

tant de médications diverses, qui toutes comptent des succès. Qu'il nous suffise de rappeler les saignées, les purgatifs, les toniques, les excitants, les vésicatoires, le tartre stibié, les ferrugineux, les bains froids, les bains sulfureux, l'électricité, etc.; remèdes souvent opposés, et qui, certes, ne produisaient pas les mêmes effets appliqués à des cas identiques; et la preuve, c'est que, mainte fois, des praticiens se sont repentis d'avoir usé de l'un ou de l'autre, sur la foi des autorités, et se sont bien trouvés des méthodes contraires. Dans d'autres cas, tous les moyens ont échoué : ces cas sont principalement ceux où des lésions organiques profondes apportaient un obstacle invincible à l'action des remèdes. Qu'opposer, par exemple, à la chorée concomitante d'un ramollissement cérébral, d'une hypertrophie de l'encéphale, d'une ossification des méninges, etc.?

Le *Bulletin de thérapeutique* comprend trop bien sa mission pour imposer aux lecteurs ces médications quand même; il sait trop bien que le plus solide élément de succès en médecine pratique gît dans la précision du diagnostic; précision sans laquelle le médecin s'expose à frapper indifféremment le malade ou la maladie.

L'observation suivante offre un cas de chorée la plus simple possible, d'invasion récente, et qui a cédé avec une merveilleuse promptitude au moyen dont M. Baudelocque a, le premier, je crois, signalé l'efficacité

Obs. I. — Chorée du bras droit, supprimée en trois jours par les bains sulfureux; suspension des bains; récidive au bout de cinq jours, nouvelle guérison après le permier bain.

Caroline R***, enfant de dix ans, de constitution délicate, lymphatique, cheveux blonds, éprouve, il y a quinze jours, une vive frayeur à la suite de laquelle elle est prise de douleurs abdominales, sans diarrhée ni fièvre, mais accompagnées de faiblesse générale. Ces symptômes sont combattus par divers moyens, dont la petite malade ne peut rendre compte. Au bout de huit jours, les douleurs disparaissent tout à coup et sont remplacées par un tremblement involontaire et continu du bras droit. Vers le soir, le tremblement s'exaspère et se communique au membre inférieur du même côté, puis au gauche; trois fois ce tremblement s'est fait sentir dans tout le corps, mais toujours plus prononcé du côté droit.

La malade entre à la clinique le 31 août 1836, et présente l'état suivant : tremblement spasmodique et continu du bras droit, de telle sorte que la main étendue sur la cuisse la frappe à petits coups redoublés et réguliers comme le tic-tac d'une montre. La volonté ne peut interrompre ces mouvements qui pourtant se suspendent de temps en temps pendant quelques secondes, pour reparaître ensuite et sans cause ap-

préciable. L'enfant ne peut rien tenir de la main droite qu'elle ne parvient à porter à sa bouche qu'après une série de mouvements irréguliers. Ce tremblement ne se manifeste dans aucune autre partie du corps. D'ailleurs, *facies* naturel, parole facile, intelligence nette, point de céphalalgie ni de vertiges; aucune douleur à la pression des apophyses épineuses du rachis, pouls normal; aucun dérangement dans les autres fonctions.

Prescription. Bains sulfureux avec deux onces de sulfure de potasse, limonade, le quart d'aliments.

1er et 2 septembre, même état, même prescription. Le tremblement n'augmente pas le soir; il est suspendu pendant le sommeil. Le 3, le tremblement a cessé après le troisième bain sulfureux; la malade se sert de la main droite comme de la gauche : même prescription, ainsi que le 4.

Le 5, la malade, s'ennuyant à l'hôpital, veut absolument sortir, malgré l'avertissement que nous lui donnons que sa maladie va reparaître. Notre prédiction se vérifie . quatre jours après, le tremblement du bras se montre de nouveau. La malade rentre à l'hôpital le 10 septembre, absolument dans l'état où elle était lors de sa première entrée. Le 11, nous prescrivons : Bains sulfureux avec deux onces de sulfure de potasse; pilules de sous-carbonate de fer, un grain, matin et soir; infusion de feuilles d'oranger, le quart.

Le 12, le tremblement a déjà disparu. Même prescription. Les jours suivants la guérison se confirme; les bains sulfureux ne sont plus donnés que de deux en deux jours. La petite malade sort après en avoir pris une dizaine depuis la rechute, et depuis lors elle n'a plus reparu à l'hôpital, ce qui nous donne l'assurance que la guérison a été définitive.

Voici donc une chorée chez un enfant de dix ans; cette affection est, comme on le sait, plus particulière aux jeunes filles de six à quinze ans. Notre petite malade était de constitution lymphatique; mais il paraîtrait que tous les tempéraments sont sujets à la chorée, ce qui mérite attention dans la pratique; car la constitution forte et pléthorique réclamerait vraisemblablement quelques modifications dans le traitement. La chorée paraît avoir été le résultat d'une frayeur; cette cause est en effet la plus commune. L'affection occupe le côté droit; c'est, dit-on, le gauche qui serait le plus souvent affecté. Le tremblement fut précédé de coliques sans fièvre ni diarrhée; il ne datait que de huit jours : donc, il n'y avait pas soupçon de lésion inflammatoire ou organique invétérée; c'était l'irritation dite nerveuse dans sa plus grande simplicité; aussi pûmes-nous tenter d'emblée un moyen perturbateur de nature excitante. Nous étions loin, pourtant, de compter sur un succès aussi prompt, d'autant plus

qu'un observateur distingué, le docteur Elliotson, dit n'avoir jamais vu guérir la chorée qui n'occupait qu'un bras. Dira-t-on que nous avons pris le mal au déclin, et que les bains n'ont fait que hâter une guérison prochaine? Nous opposerions la récidive après quatre jours d'interruption, et surtout la guérison qui a suivi la reprise du premier bain. L'effet curatif du bain sulfureux n'est aucunement douteux pour nous, car on ne peut attribuer la guérison définitive aux quelques grains de sous-carbonate de fer que, par excès de précaution, nous avons cru devoir administrer en dernier lieu.

En résumé, c'est un fait à joindre à ceux de M. Baudelocque, ce qui n'empêche pas que dans d'autres circonstances les autres moyens indiqués par les auteurs ne puissent trouver une heureuse application. Le *quando* n'est pas une des moindres difficultés de la pratique. Nous joignons une seconde observation moins instructive que la première, en ce que l'effet a été moins prompt et moins simple que dans celle-ci, mais qui n'en milite pas moins en faveur des sulfureux. C'est une chorée générale guérie par les bains sulfureux et les toniques.

Obs. II. Wilhelmine Chaneret, âgée de seize ans, de constitution très-grêle, bien réglée depuis un an, blanchisseuse, rapporte qu'à l'âge de huit ans elle eut des phénomènes semblables à ceux qu'elle présente maintenant, et qui se dissipèrent assez promptement, sans médication. Il y a un mois que, sans cause connue, elle éprouva des secousses, des tiraillements répétés dans les membres, des gesticulations involontaires que ses parents prirent d'abord pour un tic Elle n'a jamais eu de céphalalgie ni de syncopes. Elle éprouve parfois dans l'abdomen la sensation d'un tournoiement, d'une boule qui remonterait vers la gorge et causerait une sorte de strangulation. Elle a pris des tisanes et des poudres qu'elle ne peut spécifier. Les symptômes persistant, elle entre à la clinique le 2 mars 1837.

Le 3, nous constatons : mouvements convulsifs répétés, désordonnés, de tous les membres et du tronc, mouvements brusques, saccadés, rapides, peu étendus. La tête présente de vifs mouvements de circumduction qui cessent subitement pour reprendre après quelques secondes. Les mains sont dans une agitation perpétuelle; lorsqu'elles sont croisées les pouces tournent rapidement l'un autour de l'autre. Les pieds sont dans une agitation analogue; les coudes, les genoux s'écartent et se rapprochent brusquement. Lorsqu'on demande à voir la langue, la malade la sort et la retire avec rapidité. Le sourire est convulsif et brusquement suivi d'un sérieux des plus graves. Il en est de même du rire auquel la malade s'abandonne fréquemment et sans motif. La progression est facile, mais saccadée et parfois interrompue par la flexion su-

bite des genoux ; la malade se sent faible sur ses jambes ; lorsqu'on lui dit de prendre un objet et de le porter à sa bouche, elle le saisit brusquement, le porte rapidement et sans hésitation à ses lèvres, et le retire de même. Les mouvements sont plutôt spasmodiques qu'incertains ; intelligence nette, parole libre, intégrité des autres fonctions

Prescription. 1° Bain avec sulfure de potasse. . cinq onces.

2° Prendre par jour deux des pilules suivantes :

Pr.	Sous-carbonate de fer.	demi-once.
	Poudre de quinquina.	deux gros.
	Mucilage de gomme.	q. s. faites 50 pilules.

Infusion de tilleul, le quart d'aliments.

Les bains sulfureux sont continués de deux jours l'un; on porte successivement les pilules toniques à vingt par jour. Au bout de dix jours l'amélioration est sensible; la malade est plus forte sur ses jambes ; il n'y a plus que très-peu de mouvements désordonnés ; il ne reste guère que de la brusquerie dans les gestes volontaires. Point de ces symptômes hystériques qu'elle dit avoir ressentis auparavant.

Elle sort le 30 mars, guérie de la chorée, mais conservant encore quelque chose de nerveux dans les mouvements.

Ces faits ne présentent sans doute rien de nouveau ni de bien remarquable ; mais, à notre époque d'oubli et d'impressions fugitives, il est bon de ramener les praticiens aux faits simples, précisément parce qu'ils sont les plus usuels. « La médecine, dit Zimmermann, a autant gagné » par la répétition exacte des observations déjà faites, que par les dé» couvertes mêmes. C'est le meilleur moyen de distinguer le faux du » vrai, le vraisemblable de la vérité et la probabilité de la certitude. »

Prof. Forget.

DE LA COMPRESSION DES CAROTIDES DANS QUELQUES AFFECTIONS DU CERVEAU.

La compression des carotides est aujourd'hui à l'ordre du jour . l'empressement avec lequel quelques médecins en ont récemment réclamé l'invention indique assez qu'on attache beaucoup d'importance à ce moyen.

MM. Blaud, Trousseau, et Malapert réclamaient pour eux la priorité de cette méthode, quand M. Dezemeris, dans une lettre adressée à l'Académie des sciences, lettre qui termine toute querelle, vient de prouver que MM. Trousseau, Blaud, Malapert, n'ont aucun droit à cette propriété. Ainsi non-seulement Daniel Ludlow de Sodbury, Livingston, Georges Kellie, John Cooke, Earle, Preston, et avant eux tous

Parry de Bath, avaient reconnu, employé et préconisé les effets avantageux de la compression des carotides et des gros troncs artériels pour diminuer les accidents cérébraux ou congestifs. Enfin M. Dezemeris affirme non-seulement avoir parlé de ces faits à M. Trousseau, pour lequel ce doit donc être une réminiscence, mais encore qu'il faisait faire des expériences sur ce sujet, quand le mémoire de M. Trousseau a paru (octobre 1837, Journ. des connais. médico-chirurgicales).

Il résulte de tout ceci que la compression a fourni des résultats avantageux dans les affections cérébrales, non-seulement aux praticiens étrangers que nous venons de citer, mais encore à MM. Blaud, Trousseau, Malapert, puis à MM. Sester et Rayer, que M. Dezemeris avait priés d'expérimenter ce moyen.

Cette polémique de priorité aura donc eu l'heureux résultat de fixer l'attention des praticiens sur un moyen qui, pendant cinquante années, a été employé à plusieurs reprises avec succès et par des hommes différents.

Dans les faits rapportés par Parry, on remarque surtout un cas de névralgie de la face guérie par la compression de la carotide. Une dame était affectée depuis longtemps de violentes douleurs de tête accompagnées de dilatatations très-évidentes des carotides : la compression des carotides l'a guérie de ses douleurs faciales. Le même praticien se servit de ce moyen pour guérir les migraines et surtout les convulsions, et, sans avoir donné aucune observation relativement à son emploi dans l'hydrocéphalite aiguë, il indique suffisamment le parti qu'on pourrait en tirer. L'observation de M. Trousseau vient de justifier les préceptes et les prévisions de Parry. Voici cette observation en détail.

Un petit garçon, à la suite d'un exanthème scarlatineux dont toutes les périodes n'étaient pas probablement accomplies, et tourmenté en même temps d'une seconde dentition, fut tout à coup pris d'un œdème général, à la suite d'une promenade aux Tuileries. Cet état se compliqua de suppression d'urine, de fièvre irrégulière, d'état insolite de la face offrant une gravité telle qu'elle inquiéta M. Cerise, médecin ordinaire du malade. Il était encore inquiet de son petit malade, quand celui-ci fut pris d'une douleur très-vive à la tête, suivie d'un accès épileptiforme. Dix sangsues et des sinapismes ne changèrent rien à la position du petit malade. MM. Chomel et Trousseau sont demandés en consultation. M. Trousseau arrive le premier; il trouve l'enfant dans un état alarmant : pouls d'une fréquence extrême, respiration difficile, délire, bronches écumeuses. MM. Toirac et Cerise approuvent l'affusion d'eau froide proposée par M. Trousseau, avec la réserve de la faire très-courte. Cette médication ne change rien à la situation du petit malade.

C'est alors que M. Trousseau pensa qu'un obstacle mécanique apporté à l'action du sang vers le cerveau pourrait peut être arrêter l'imminence de la mort prochaine.

On comprima la carotide, et avant que quinze secondes se fussent écoulées, les mouvements convulsifs avaient cessé; après une demi-heure, l'enfant ouvrit les yeux et donna quelques signes d'intelligence.

Il fut convenu que la compression serait continuée pendant la nuit, qu'on donnerait une ou deux gouttes d'huile de croton-tiglium, pour produire une dérivation du côté du ventre, et pour boisson l'eau froide. Dans la nuit le mieux se soutint, les convulsions avaient cessé peu à peu; la position s'améliora au point que, quarante-huit heures après, il ne restait plus aucune trace de la maladie cérébrale.

M. Trousseau, en rapportant cette observation fort au long, se demande si, dans un cas grave, on ne pourrait pas lier la carotide. La réponse se trouve dans le mémoire de M. Dezemeris; car il rapporte des cas de guérison d'épilepsies graves par la ligature de l'artère carotide pratiquée par Preston, avec intention et connaissance de causes, tandis que c'est le hasard qui avait occasionné la guérison du malade dont le docteur Boileau fait l'histoire. C'était un épileptique qui, sous l'empire de boissons alcoolisées et de chagrins domestiques, se coupa le cou. L'hémorrhagie était effrayante, cependant le malade n'y succomba point : le docteur Boileau arriva assez à temps pour lier la carotide. A la suite de cette opération, non-seulement le malade guérit de sa blessure, mais encore de ses accès épileptiques.

Voici maintenant le fait de M. Preston :

Michel Cox, soldat pensionné, de l'âge de vingt-cinq ans, d'une constitution athlétique, était sujet depuis cinq ans à de violents accès d'épilepsie, qui avaient lieu régulièrement tous les quatorze jours. Le premier accès survint sans aucun symptôme précurseur, pendant que cet homme faisait son service militaire. Nulle indisposition n'avait précédé, mais il avait été longtemps exposé aux rayons du soleil et il avait supporté beaucoup de fatigue; il avait d'habitude vécu sobrement, et l'officier sous lequel il servait donnait témoignage de sa bonne conduite.

Depuis la première apparition de la maladie, ses accès épileptiques revenaient ordinairement sans cause occasionnelle appréciable; quelquefois ils furent aussi provoqués par des excès de boisson. Il n'avait cependant jamais pu prendre autant de liqueurs spiritueuses qu'en prennent les soldats européens; une quantité comparativement petite suffisait pour lui donner une violente céphalalgie, avec vertiges et battements dans la tête. Pendant les accès on lui avait fréquemment pratiqué la saignée; mais il n'en avait tiré aucun avantage. Enfin il avait été

mis à la retraite et pensionné comme incurable. La première fois que je pus observer sa maladie, il était employé à l'hôpital au service d'un malade. L'accès fut extraordinairement violent : ses mouvements avaient tant de force que plusieurs personnes pouvaient à peine les maîtriser. Il existait dans ce cas une forte congestion cérébrale, qui me parut être le caractère essentiel de la maladie : il fallait l'empêcher pour guérir celle-ci ; j'espérais y parvenir en liant une carotide, ou les deux s'il était nécessaire.

L'opération fut pratiquée le 4 février ; elle dura longtemps, parce que la moindre incision faisait ruisseler une quantité de sang qui cachait les parties ; en outre le visage du patient prit une couleur livide ; le malade sentit un tournoiement de tête extraordinaire, venant de ce qu'il avait la tête trop basse pendant l'opération, et je crus nécessaire de la faire relever, parce que ces symptômes me faisaient redouter le retour d'un nouvel accès ; enfin je jugeai à propos de lui faire pratiquer une forte saignée au bras.

Enfin l'artère fut mise à découvert, isolée dans un très-petit espace, liée avec un fil simple ; les lèvres de la plaie furent rapprochées, maintenues par trois points de suture ; et le pansement fut fait. Le malade avait pris la veille un purgatif salin, qui avait agi modérément. Le 24 février le malade fut renvoyé de l'hôpital, parce que, à l'exception d'une très-petite place par où sortait la ligature, sa plaie était complétement guérie ; il revenait chaque jour se faire panser. La ligature tomba le 5 mars.

13 Avril. — Les accès épileptiques n'ont point reparu depuis l'opération, et il n'y a pas eu la moindre disposition à leur retour. Il s'est opéré une amélioration remarquable dans l'état général de cet homme : il est gai, tandis qu'auparavant il était toujours triste ; il ne pouvait se baisser sans avoir des tournoiements de tête, et avait été forcé, en conséquence, de renoncer à l'exercice de sa profession de cordonnier ; il l'a reprise depuis l'opération, et n'en éprouve pas la moindre incommodité.

Le 7 septembre 1831, c'est-à-dire sept mois après l'opération, Preston annonçait, dans une lettre insérée dans l'appendice du tome V des Transactions de la Société de Calcuta, que Cox continuait à être dans l'état le plus satisfaisant ; et en mars 1833 il annonça, dans le tome VI du même recueil, qu'il n'avait pas eu le moindre accès depuis l'opération, et qu'il jouissait d'une santé parfaite.

Voici maintenant les effets de la compression. La compression de la carotide empêche d'abord la congestion active primitive ; elle s'oppose encore plus efficacement à la congestion passive secondaire. L'effet immédiat de cette compression, chez une personne bien portante, est fort

remarquable : la face pâlit ; on éprouve un sentiment de refroidissement, de l'éblouissement, quelquefois une certaine perturbation dans les idées. Tout cesse dès l'instant qu'on laisse au sang la liberté d'aborder dans le cerveau.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de la compression d'une seule des carotides. En effet on n'aura en général à interrompre la circulation du sang que dans un des hémisphères cérébraux ; car on sait que les convulsions, même les convulsions épileptiques, affectent presque toujours un seul côté du corps, l'autre n'éprouvant que de très-légères secousses. Mais si les deux côtés du corps étaient également convulsés ensemble ou alternativement, y aurait-il inconvénient à comprimer ensemble les deux carotides primitives? Il est facile de se convaincre, en expérimentant sur soi-même, que la compression simultanée des deux carotides n'a pas l'inconvénient qu'on pourrait craindre de prime-abord. Cette expérience doit se faire quand on est couché : la vue s'obscurcit, les idées se troublent un peu ; on éprouve un état d'anéantissement indéfinissable, mais nullement menaçant pour la vie. Peu à peu ces phénomènes cessent, sans doute parce que les anastomoses permettent aux artères vertébrales d'envoyer au cerveau assez de sang pour l'entretien de ses fonctions.

On ne devrait donc pas être arrêté par la crainte de comprimer simultanément les deux carotides primitives ; toutefois rien n'oblige à le faire immédiatement, et il est plus simple de commencer par comprimer le vaisseau du côté opposé aux plus violentes convulsions, sauf à interrompre la circulation quelques moments plus tard dans l'autre hémisphère cérébral.

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, un anatomiste distingué, M. le docteur Bourgery, a présenté un compresseur destiné à arrêter la circulation, dans une ou dans les deux carotides. L. F.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES DOCTRINES DES ÉCOLES DE FRANCE ET D'ITALIE, SUR LA RÉUNION DES PLAIES.

La comparaison est la meilleure voie pour juger de la valeur réelle des choses, et l'expérience le plus sûr critérium pour guider dans cette appréciation. En fait de science d'observation, le raisonnement seul ne saurait convertir ni convaincre ; mais lorsqu'à la discussion viennent

se joindre les faits, que les principes sont justifiés par l'application, et que les succès se multiplient avec les essais, la méthode qui produit de semblables résultats ne saurait être mauvaise, quelles que soient les préventions qui existent contre elle. Sous ce rapport, l'étude des doctrines sur la réunion des plaies mériterait un chapitre à part. Quand on songe que c'est une question vitale de la chirurgie, puisqu'elle est d'une application de tous les jours, on ne saurait lui accorder trop d'attention. Élevé dans l'esprit de l'école de Paris, où la réunion immédiate n'est pas en faveur, je désirais m'éclairer, par la comparaison, sur sa valeur réelle; depuis nombre d'années que je suis les cliniques de la capitale, je n'ai pu voir qu'un petit nombre de succès *complets* obtenus par cette méthode, qui trop souvent y est devenue en quelque sorte exceptionnelle (1). Je tenais à recueillir ailleurs de nombreux enseignements pratiques, et à me préparer ainsi une règle de conduite pour la médecine opératoire que je suis appelé à pratiquer dans l'un des plus grands hôpitaux de France. C'est dans cette pensée que j'ai pris soin de grouper et de confronter les opinions des divers praticiens que j'ai pu consulter dans mon voyage en Italie, afin de mettre à profit leur expérience. Je n'ai point la prétention de traiter à fond ce vaste sujet; je ne veux pas faire un traité sur la matière; je me propose seulement de raconter ce que j'ai vu et recueilli, dans l'espoir que ce qui m'a été utile pourra aussi l'être à d'autres.

La plupart des praticiens d'Italie s'accordent à dire qu'on a exagéré les inconvénients qu'on attribue à la réunion immédiate, et qu'il ne lui manque que d'être plus souvent mise en œuvre pour être mieux appréciée.

En France, Delpech l'avait prouvé; son élève et son successeur, M. Serre, a marché avec bonheur dans cette voie; j'ai pu connaître à Montpellier de nombreux succès obtenus ainsi par MM. Serre et Lallemand (2). « J'ai vu, dit M. Serre, Delpech et les opérateurs de Paris;

---

(1) Voici ce que M. Blandin écrivait en mars 1836 : « Qu'on ne croie pourtant pas que tout soit fini encore au sujet de la réunion immédiate, bien » qu'elle ait fait faire déjà d'immenses progrès à la chirurgie... Il y a encore » plus d'une prévention à détruire, plus d'un contradicteur à convertir. Si on ne » rencontre plus d'antagonisme direct et *exclusif*, il reste encore contre elle, » *surtout à Paris*, une demi-incrédulité, ou tout au moins une opposition dans » les détails qui ne laissent pas que de lui nuire, d'autant mieux qu'elles partent » d'hommes chers à la science, et à la parole desquels on est généralement habitué d'avoir foi ; *elles finiraient même*, si elles se prolongeaient encore, *par* » *compromettre les belles destinées qui l'attendent.* » (Dictionnaire de chirurgie pratique, XV—801.)

(2) On peut voir à ce sujet les intéressantes observations que M. le docteur Flo-

et les résultats du premier ne laissent point d'incertitude dans le choix de la méthode; la réunion immédiate n'a pas démenti les promesses qu'elle avait faites; elle m'a procuré des cures que sans elle je n'eusse jamais pu espérer, je les dois surtout à la suture. L'essentiel est de s'y prendre d'une manière convenable, et de ne pas compromettre, par la manœuvre même, l'issue de l'opération, comme j'ai vu souvent les détracteurs le faire. »

On sait par quel préjugé l'école de Rome n'y a pas recours.

Ailleurs, les chirurgiens tiennent à peu près le même langage que le professeur de Montpellier.

A Sienne, elle est fort en usage, et l'on n'a pas lieu de s'en plaindre. M. Pecchioli a quelquefois obtenu, par ce moyen, en huit à douze jours, la guérison d'une amputation de membre; elle ne réussit pas toujours d'une manière complète, car rien n'est constant en chirurgie; j'avouerai même, ajoute le professeur, qu'elle n'est pas tout à fait exempte d'inconvénients; mais ces inconvénients, la réunion suppurative les partage, et elle en a d'autres; et combien d'avantages l'adhésion primitive n'a-t-elle pas sur cette dernière!

A Pise, M. Regnoli tient la même conduite : « J'essaie toujours la réunion immédiate, me disait-il; et si elle ne réussit pas sans cesse d'une manière complète pour les parties volumineuses, elle conserve constamment quelque avantage; il vaut toujours mieux la tenter quand on le peut, à moins qu'il n'y ait de contre-indication manifeste; en rapprochant les lèvres de la solution de continuité, on agit bien plus rationnellement que si l'on bourrait la plaie de charpie : quelle qu'en soit l'issue, on y gagne toujours quelque chose. »

A Florence, M. Andreini professe les mêmes principes. Dans les amputations, il tâche toujours de réunir par première intention; s'il n'arrive pas toutes les fois à ce résultat, il obtient constamment une diminution de la surface à cicatriser; c'est simplifier et abréger d'autant la durée de la cure. Cela vaut mieux que d'irriter la plaie avec de la charpie, et de s'opposer à la tendance que la nature elle-même a de la clore.

A Bologne, M. Venturoli se dirige d'après une manière de voir analogue.

C'est aussi la doctrine que professe M. Signoroni de Padoue : « Je crois devoir, dit-il, essayer toutes les fois la réunion adhésive; elle

---

ront Cunier a consignées dans le *Bulletin médicale belge* (mai 1837) Elles sont confirmatives de ce que j'avance. On consultera avec fruit l'excellent traité de M. Serre sur la réunion immédiate.

me réussit constamment, du moins dans une certaine étendue de la plaie ; c'est toujours autant de gagné pour la cicatrisation. Je cherche à favoriser la réunion par quelques points de suture : pourquoi craindrait-on la suture? Elle a l'avantage de maintenir rapprochées les lèvres de la plaie beaucoup mieux que ne peuvent le faire les bandelettes agglutinatives; celles-ci se relâchent d'ordinaire, et le but est manqué en partie. Est-ce la douleur? Mais qu'est-ce qu'une simple piqûre, quand on vient de faire une opération bien plus douloureuse qu'il s'agit de mener vite à bonne fin? Sont-ce donc des accidents? On a exagéré ceux de la suture; j'en puis fournir la preuve. »

L'école de Pavie se déclare également pour la réunion immédiate.

J'ai vu à Montpellier, à Sienne, à Pise, à Florence, à Padoue, à Bologne, à Pavie, des opérés traités heureusement par cette méthode. J'ai été frappé de ces faits que je n'étais pas habitué à rencontrer à Paris, et j'ai pensé que l'enseignement qu'ils portent avec eux ne devait point être perdu. Peut-être la réunion adhésive n'y est-elle pas assez essayée. On accuse le climat des mauvais résultats; mais ce qui se passe tous les jours dans le bec-de-lièvre et dans les entes animales prouve qu'elle n'est pas condamnée à n'y jamais réussir. Seulement elle demande des soins pour s'effectuer régulièrement.

Je signalerai ici quelques précautions toutes pratiques : M. Serre recommande l'emploi d'une scie à lame étroite pour se faire une voie facile et pour que les dents ne contondent pas l'os; il attribue à l'oubli de cette mesure les nécroses qui s'ensuivent souvent. Quoi qu'on en ait dit, c'est une précaution qu'il peut être bon de prendre. J'ajouterai qu'il ne faut pas conserver trop de peau, parce qu'il se forme alors un vide où le pus s'accumule de manière à empêcher la réunion, ni trop peu, parce que les tractions nécessaires pour amener le contact provoqueraient une irritation dangereuse.

Les vaisseaux, même les plus petits, doivent toujours être liés à mesure; c'est là une condition essentielle pour le succès de la méthode adhésive; car telle artériole qui, durant l'opération, ne donne presque pas de sang, est bientôt susceptible d'en fournir une grande quantité, lorsque la réaction commence et active la circulation dans la partie. Les ligatures faites et l'opération achevée, il convient de réunir de suite, sans tiraillement. Quelquefois on peut recourir à la suture, à l'exemple de Delpech. Mais je ne voudrais pas tomber dans cet abus qui fait dire à Paracelse : *La nature a horreur de ces couseurs de plaies*. Seulement l'observation de ce qui se passe dans le bec-de-lièvre et dans les autoplasties montre qu'il y a souvent de l'avantage à faire usage de ce moyen.

On peut, au reste, et c'est la pratique la plus générale, se borner à la suture sèche, je veux dire à l'emploi des bandages agglutinatifs. Ici je dois signaler une remarque pratique que j'ai souvent eu occasion de faire : chez quelques sujets la peau est très-impressionnable, et j'ai vu le seul contact du diachylon ordinaire provoquer des érysipèles toujours plus ou moins fâcheux. Il convient alors de faire confectionner l'emplâtre avec une moindre proportion de résine; on peut aussi placer d'abord une languette de linge fin sur la plaie préalablement réunie, appliquer ensuite les bandelettes agglutinatives par-dessus; et la surface vive est protégée. Ces simples précautions assurent souvent le succès des grandes opérations.

Ces mesures convenablement prises, on a l'avantage de mettre à l'abri de l'air et des causes irritantes la plaie, les veines ouvertes, les os, les tendons, et d'éviter ou de rendre fort rares la suppuration, la phlébite, la nécrose, l'exfoliation tendineuse (1). Un autre avantage que je ne dois point omettre, c'est que, après la réunion immédiate, cette grande rétraction des parties qu'on observe après la suppuration n'a pas lieu; c'est précisément ce qui fait le succès des autoplasties et des restaurations; ce résultat aurait dû frapper davantage. La rétraction ne s'opère que dans le tissu inodulaire des cicatrices, suite d'un travail suppuratif; distinction d'une haute importance pour la pratique chirurgicale; c'est à une cause facile à comprendre maintenant, qu'on doit souvent ces *manches de gigot* qui ne sont que trop communs dans les hôpitaux. En effet, dans la cicatrisation suppurative, pour peu que l'inflammation s'en empare, les téguments et les muscles viennent à se rétracter, l'os dénudé se nécrose, les déborde et le moignon devient conique; puis, lorsque la portion nécrosée se détache, la peau ne peut plus s'allonger assez pour recouvrir le sommet du cône, et alors la cicatrice, forcée de se faire par dessiccation, ne se consolide jamais qu'avec peine. Les moindres froissements suffisent pour amener des déchirures et des ulcérations interminables.

Une autre cause d'insuccès m'a paru résider dans l'habitude où l'on est de serrer trop les parties *au-dessus* de l'opération, cette constriction prolongée détermine *au-dessous* d'elle une congestion qui provoque de la douleur et souvent engendre l'inflammation. C'est la plaie seule qu'il

---

(1) M. Blandin a victorieusement réfuté les reproches qu'on lui a fait de favoriser l'hémorrhagie immédiate et consécutive, l'étranglement inflammatoire, les fusées purulentes, le développement de l'érysipèle et de la phlébite, la reproduction des maladies, etc. (Dict. de méd. et de chir. pratiq. 1836. — XV — 801 à 806.)

s'agit de réunir *exactement* (1) ; et, à cet effet, la pratique de l'Hôtel-Dieu de Lyon prouve qu'il est avantageux de couper les fils des ligatures *près de leurs nœuds* pour obtenir un contact plus parfait, que favorisent la simplicité et la rareté des pansements ultérieurs ; la suture n'y a point été étrangère.

Quand l'opération est achevée, tout n'est pas fini ; pour arriver à un résultat complet, il faut surveiller la fièvre traumatique. Le praticien ne doit point oublier cette judicieuse remarque de Sarcone, que *la douleur est mère ou fille de l'inflammation*. M. Brachet a montré l'utilité de ce précepte pour faire avorter à leur origine les phlegmasies des diverses membranes. (Traité de l'emploi de l'opium, 1828.) Pour abattre la douleur et modérer la fièvre traumatique, une potion opiacée, le jour même, et quelquefois une saignée préventive s'il y a pléthore ou commencement de turgescence, ont *toujours* un grand avantage. Le chirurgien se rend ainsi maître de la maladie. Je ferai seulement observer que les opérations sur la tête exigent qu'on soit réservé dans l'emploi des narcotiques. Avec ces précautions, il est sûr qu'on aura bien moins souvent lieu de se plaindre du climat (2), et alors l'exemple des opérateurs qui emploient cette méthode ne sera point perdu.

Je n'ai point à en discuter ici les indications ; j'ajouterai seulement que, par cela seul qu'elle sauve d'une longue suppuration, elle permet de tenter des opérations dans des cas désespérés où tout autre procédé ne saurait être mis en pratique, parce qu'il peut amener promptement le malade à cet état de dépérissement qui constitue le marasme et qui emporte un bon nombre d'opérés. Dans ces circonstances, c'est elle certainement qui offre le plus de chances de succès ; elle vient à l'appui d'une opinion récemment émise par M. Gerdy sur les amputations qu'on pratique chez les individus affaiblis.

Il y a, du reste, une autre considération à apporter, c'est que, dans

---

(1) La saine pratique veut qu'on s'élève contre le précepte suivant de M. Blandin : « Toute la question consiste à rapprocher *médiocrement* pour éviter une » inflammation trop forte. Pourquoi, dans certains cas et en vue d'éviter l'étran- » glement inflammatoire, ne débriderait-on pas *préalablement* les aponévroses » résistantes ? » (Ibid. XV—805.)

(2) « Les succès, dit M. Blandin, que la réunion immédiate a obtenus entre les » mains des chirurgiens de la capitale n'ayant pas égalé ceux de beaucoup d'autres » localités, on a trouvé tout simple d'en accuser le climat ; mais on n'a fait que » se payer d'un mot... Comment se fait-il d'ailleurs qu'à Londres, où le climat » est moins salubre que celui de Paris, la réunion immédiate y réussisse mieux ? » c'est sans doute parce qu'on sait mieux en faire usage. » (Dictionnaire de chirurgie pratique, 1836. XV — 806.)

nombre de cas, laisser ou faire suppurer une plaie, c'est s'exposer à voir repulluler la maladie, bien loin qu'il faille admettre, avec M. Hervez de Chégoin, que la suppuration est toujours une voie efficace et sûre pour éliminer le vice morbifique. Il est, en effet, incontestable que l'inflammation exerce une influence puissante sur la marche et les progrès de certaines affections, et que c'est un moyen dont se sert souvent la nature pour hâter leur développement. C'est là une proposition évidente qu'il suffit d'énoncer.

Delpech en avait tiré une conclusion importante que je signalerai avec M. Lafosse, pour l'*énucléation* des tumeurs : « Lorsqu'il y a eu inflammation suppurative, nous disons : Lorsque le travail adhésif a procréé une masse de tissu de cicatrice, et que la lésion organique se reproduit, il ne faut plus compter sur l'énucléation ; car, dans ce cas, le produit organique morbide s'infiltre dans les tissus ; dans la circonstance contraire, lorsque l'adhésion a été immédiate, si le mal reparaît, on peut le traiter comme lors de la première manifestation. Nous n'avons vu ce précepte tracé nulle part ; Delpech nous en préconisait l'importance, et c'est l'étude de la force rétractile de la cicatrice qui l'avait amené à l'établir. » (*Bull. de thérap.*, tom. XII, pag. 91.)

On trouve dans les lignes suivantes un résumé de l'histoire anatomique et des avantages de la méthode adhésive : « Lorsqu'on réunit, on met en contact des parties analogues et de température égale, des surfaces recouvertes d'un liquide doux auquel elles sont déjà habituées, et qui, naguère, faisait partie d'elles-mêmes ; l'action si irritante de l'air, des corps étrangers de toute espèce, et des pièces de l'appareil ne peut évidemment avoir prise sur la plaie ; de là, inflammation locale peu intense ; de là, moindre chance d'étranglement ; de là, douleur moins vive et partant moins de réactions, moins de spasmes, moins de phénomènes nerveux enfin, et moins aussi de ces retentissements funestes qui vont exciter les sympathies morbides des organes intérieurs, les associent aux dangers immédiats de l'opération, et tuent misérablement celui-là même qui offrait les plus belles conditions de succès..... La réunion immédiate l'emporte surtout, sur la secondaire, par la simplicité des pansements ultérieurs qui peuvent toujours être faits sans déterminer de la douleur, etc. »

Le régime exigerait plus d'une réforme ; je dois me borner à représenter qu'en général on tient les opérés à une diète trop absolue et souvent trop longue, et que là réside la cause de plus d'un insuccès :

L'uniformité de doctrines et de résultats que j'ai trouvée en Italie et dans plusieurs points de la France doit, ce me semble, frapper les opérateurs ; et il est à souhaiter que l'expérience de tant d'observateurs ne

soit point perdue pour leurs contemporaine et leurs successeurs. C'est sous ce point de vue que je me suis attaché plutôt à grouper l'ensemble des avantages de la méthode adhésive, qu'à en discuter toutes les indications; ce qui ne se pouvait faire dans une esquisse rapide où je devais surtout montrer la différence des résultats obtenus par les deux procédés en France et en Italie. J. E. PÉTREQUIN.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICALE DE L'ASPHYXIE, ET SUR LES MOYENS MÉCANIQUES EMPLOYÉS DANS CES CAS.

L'asphyxie par *submersion* étant une des plus fréquentes, et précisément aussi une de celles dont le traitement nécessite le plus de moyens chirurgicaux, c'est par elle que j'entre en matière.

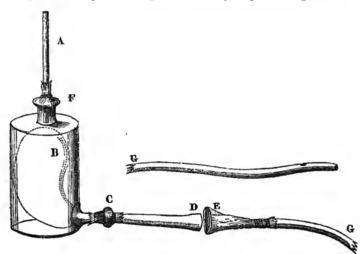
Pour rappeler un noyé à la vie, que convient-il d'exécuter le plus promptement? c'est le rétablissement de la respiration et de la circulation alors complétement suspendues, c'est le réveil de l'innervation alors presque anéantie. Comment y parvient-on? en enlevant l'écume qui occupe souvent la trachée et les bronches des noyés, en débarrassant ces mêmes organes et l'estomac de l'eau qu'on y rencontre presque toujours, enfin en insufflant de l'air dans les poumons. Mais comment satisfait-on aux deux premières indications? Le vulgaire s'avise quelquefois de suspendre les noyés la tête en bas, pratique on ne peut plus dangereuse, puisqu'elle ne tend qu'à augmenter la congestion cérébrale; pour les médecins, ils placent le corps sur un plan incliné, de telle sorte que la tête soit moins élevée que les pieds; ce procédé présente tous les inconvénients du premier sans offrir plus d'avantages. Ces mêmes médecins en sont bien persuadés, puisqu'en même temps qu'ils prescrivent cette position, ils recommandent de retirer par aspiration l'écume et les liquides qui remplissent les organes précités.

Les instruments proposés dans ces divers buts sont tous plus ou moins compliqués et par suite très-chers ou insuffisants; aussi, l'immense majorité des praticiens renonce-t-elle à se les procurer; à peine même si on les rencontre dans les boîtes de secours que possèdent la plupart de nos villes riveraines. Et cependant l'emploi judicieux de ces appareils va jusqu'à produire des résultats, je dirai presque miraculeux; ne sont-ils pas en effet investis de l'admirable puissance de révivifier une organisation dont tous les ressorts paraissaient brisés?

Profondément pénétré de l'importance de ces divers moyens mécaniuiques, mais bien convaincu aussi des motifs qui les éloignent de la pratique ordinaire, de celle qui est la plus étendue et la plus digne d'inté-

rêt peut-être, je veux dire de la pratique des petites villes et des campagnes, je me suis demandé s'il ne serait pas possible de *généraliser* tous ces instruments, de les fondre, de les réunir en un seul appareil, mais en un appareil simple et sûr à la fois, si simple, que tout médecin ou tout philanthrope pût le confectionner *lui-même* à très-peu de frais, si sûr, qu'il rivalisât cependant avec chacun des autres en particulier. Eh bien! cette tâche, je l'ai entreprise; ce problème, je l'ai résolu! Avec un seul moyen mécanique, et précisément avec le même appareil qui, dans le traitement des empoisonnements, remplace avec succès la pompe stomacale des Anglais; en un mot, avec la pompe stomacale à succion que j'ai décrite dans le *Bulletin* (1), on peut remplir presque toutes les indications qui s'offrent dans la curation de l'asphyxie par submersion; et cela, soit qu'il faille enlever l'écume et les liquides qui se rencontrent dans les bronches et quelquefois dans l'estomac, soit que l'on veuille insuffler de l'air dans les poumons ou enlever ce même fluide à ces organes, soit enfin qu'il s'agisse d'administrer des lavements de fumée de tabac.

Avant de nous suivre dans le développement de notre sujet, il est utile que le lecteur jette un coup d'œil sur la figure que nous reproduisons ici.



Cet instrument n'es autre, comme on le voit, que la *pipette* des chimistes, avec cette seule différence qu'une vessie solidement ajus-

(1) Voyez tom. XII, pages 307 et 340. J'y ai cité diverses expériences où l'intervention seule de cet instrument a suffi pour conserver la vie aux animaux en-

tée à l'extrémité de la canule *d* s'oppose en recevant les gaz à ce que ces fluides arrivent jusque dans la bouche de l'opérateur pratiquant la succion sur le bout du tube *a* (1).

Passons aux applications : s'agit-il d'enlever l'écume et les liquides qui obstruent les voies aériennes ; en déprimant la langue avec les doigts, on introduit dans la bouche, puis sur les côtés de l'épiglotte et enfin dans le larynx lui-même, une sonde en gomme élastique de volume ordinaire. On réunit son pavillon armé d'un morceau de baudruche disposé comme en *e* au tube *d* du flacon de verre *b ;* par le tube supérieur *a*, on pratique la succion, et bientôt l'écume et l'eau quitteront les bronches et la trachée pour se rendre dans la vessie que renferme le réservoir de verre. Veut-on débarrasser l'estomac du liquide que le noyé a avalé ; on s'y prend comme il a été dit en traitant de la succion des poisons narcotiques (*loc. cit.*, p. 342) ; on pourra même profiter de la présence de la sonde œsophagienne pour injecter dans la cavité gastrique, comme le recommande Desgranges, de Lyon (*Journ. de méd.*, 1791, t. LXXXVII, p. 292), quelque potion excitante dans le but de ranimer le système nerveux (2), avantage dont on n'aurait pu jouir sans la présence de cette sonde, puisque la déglutition était impossible, et d'ailleurs parce que toute autre tentative aurait exposé à faire égarer ces boissons dans la trachée et à compliquer par là l'état du noyé.

Désire-t-on maintenant insuffler de l'air dans les poumons ; notre appareil va contribuer aux frais de la médication avec une supériorité d'exécution qu'aucun des nombreux soufflets de ce genre décrits jusqu'à ce jour n'a pas encore pu obtenir. Avec les instruments ordinaires, on n'apprécie jamais la quantité réelle de fluide atmosphérique poussée dans l'arbre bronchique : trop faible, cette insufflation passe à côté du but ; trop forte, elle expose à un accident presque toujours mortel, à la déchirure du tissu pulmonaire. Aussi ne recourt-on à ce moyen, es-

---

poisonnés sur lesquels j'opérais ; j'ai démontré les avantages que la déplétion mécanique de l'estomac présente sur tous les autres moyens ordinairement invoqués dans le traitement de l'intoxication. Mais ce que le manque d'espace m'avait contraint à différer de mentionner, ce sont les services non moins essentiels et non moins immédiats que cet appareil est appelé à rendre dans la curation des diverses espèces d'asphyxie.

(1) Pour plus de détails, voy. *loc. cit.*, p. 316 et suivantes.

(2) Le docteur Stokes, médecin américain, se sert de la sonde œsophagienne dans l'apoplexie pour faire arriver des purgatifs dans l'estomac ; il a observé que ces médicaments, et surtout l'huile de croton-tiglium, excellent dans cette affection pour dissiper le coma. (*Journ. des Conn. méd.*, 1836, p. 569.)

sentiellement précieux en lui-même, qu'avec une sorte de méfiance; mais notre procédé est loin de reposer ainsi sur une aveugle puissance mécanique; il ne conduit en effet dans le poumon de l'asphyxié qu'une proportion d'air pur et chaud mathématiquement égale à celle qui sort par expiration de la poitrine d'un autre individu, qu'à la rigueur on peut choisir de même âge et de même taille; il n'expose donc jamais l'organe respiratoire à des lésions traumatiques. Voici en quoi il consiste : c'est la pompe stomacale à succion légèrement agrandie.

Le flacon présente deux litres de capacité; la vessie parfaitement humectée doit offrir, distendue, un volume un peu inférieur; le tout est d'ailleurs disposé comme il a déjà été dit, *loc. cit.*, p. 317. On conçoit maintenant que si l'on pratique la succion sur le bout du tube *a*; en un mot, que si l'on raréfie l'air renfermé dans le flacon, le fluide aérien va affluer dans la vessie par l'ouverture *d* et distendre cette poche jusqu'à ce qu'elle tapisse tout l'intérieur du réservoir. On conçoit encore que si à ce moment on expire dans le flacon par le tube *a* tout l'air qu'une inspiration a fait pénétrer dans les poumons de celui qui opère; on conçoit, dis-je, que ce fluide, comprimant la vessie, afin de se placer au-dessus d'elle dans le réservoir, cette pression contraigne la poche membraneuse à chasser de sa cavité une quantité d'air égale à celle que l'opérateur a expirée. En enlevant aussitôt par une inspiration l'air expiré tout-à-l'heure dans le flacon, la vessie va se gonfler de nouveau pour s'affaisser derechef au moment d'une nouvelle expiration dans le réservoir. Le fluide qui, à chaque inspiration, s'échappe de la vessie, au lieu d'être altéré dans ses éléments, à l'instar de celui qui sort immédiatement du poumon, est au contraire très-pur, puisqu'il a été puisé au sein même de l'atmosphère. Il est donc évident que, si on peut le faire pénétrer dans le poumon d'un asphyxié, et rien n'est plus simple, cet air n'exercera aucune influence délétère sur le fluide sanguin; que, de plus, il ne sera jamais lancé en assez grande quantité pour léser le tissu de l'organe, puisque cette même quantité provient de la poitrine d'un individu de même âge et de même force que l'asphyxié; cette machine, véritable *pneumatomètre*, à résultats si précis, s'applique de la manière qui suit.

A la sonde œsophagienne *e g*, on substitue une canule en gomme élastique, longue de douze pouces, d'un diamètre intérieur de quatre lignes, dont le bec est aplati et le pavillon disposé comme en *e*. Les lèvres du noyé étant exactement rapprochées, les ailes du nez étant maintenues aplaties par un aide sur le bec de la canule placé à l'entrée de l'une des narines, et la vessie étant remplie d'air, on établit une communication parfaite entre notre appareil et les canaux bronchiques, en unissant soli-

dement les deux tubes *d* et *e g* à l'aide de la garniture de baudruche ramenée sur cette sorte d'articulation ; cela fait, le médecin pratiquant une forte expiration dans le réservoir de verre, cette expiration contraint la vessie à expulser de sa cavité une égale proportion d'air qui va se répandre dans les poumons de l'asphyxié. Désarticulant aussitôt les deux canules, l'élasticité du tissu pulmonaire, secondée de légères pressions exercées sur le ventre, chasse tout l'air qui vient de pénétrer dans l'organe respiratoire, et, au lieu de rentrer dans la vessie, cet air se répand de nécessité dans l'atmosphère environnante. Distendant de nouveau la vessie et rétablissant la continuité des canules, on exécute la même manœuvre, et cela aussi longtemps que l'insufflation est jugée convenable. Cette série d'opérations se pratique en un temps beaucoup moins long que celui que j'ai employé à cette description. Un autre avantage de notre procédé est celui-ci : si on a le soin de plonger l'appareil dans de l'eau dont la température s'élève à 40 ou 50°, l'air aspiré dans la vessie s'y réchauffe et arrive dans le poumon pénétré d'une douce chaleur.

Quelle doit être la force de l'expiration exercée sur le sommet du tube *a* pour un adulte? elle imitera celles qui ont lieu pendant l'acte d'un ronflement énergique. Il faudra en outre avoir soin, pendant l'opération, de veiller à ce que le larynx soit appliquée par un aide contre la colonne vertébrale, afin que l'œsophage comprimé empêche l'air insufflé de pénétrer jusque dans l'estomac.

Si, partisan des idées opposées de certains praticiens, le médecin, au lieu de pratiquer l'insufflation, désirait au contraire aspirer le fluide aérien qui se trouve dans le poumon, rien ne serait plus aisé à l'aide de notre pompe. La méthode qu'il faudrait alors suivre est trop simple à concevoir pour qu'il soit utile de la décrire.

Il est un agent thérapeutique qui, dans le traitement de l'état morbide qui nous occupe, jouit d'une grande et légitime faveur; je veux parler des lavements de fumée de tabac. Tout le monde parle de ce puissant modificateur, et presque tous les médecins sont cependant embarrassés quand il s'agit d'en diriger l'administration; ils manquent de machines nécessaires. Eh bien! notre pompe les remplace toutes avec infiniment d'avantages, et je le prouve. La vessie de l'appareil étant humectée et parfaitement vide, on adapte à l'extrémité du tube *d* le tuyau d'une pipe bourrée de tabac déjà allumé; l'articulation des deux conduits abouchés est recouverte de la chemise de baudruche. Plaçant alors les lèvres sur le bout du tube *a*, on y exerce les mêmes mouvements que ceux que l'on pratique sur l'extrémité d'une pipe fumée à la manière ordinaire. A chaque aspiration, une bouffée de fumée vient se loger dans

la vessie, et celle-ci s'en trouve bientôt entièrement distendue. Séparant à ce moment la pipe de l'appareil et présentant le bout du tube *d* à l'embouchure du pavillon de la sonde *e g* placée dans le fondement, il suffit, la baudruche étant appliquée comme il a été dit, de faire deux ou trois fortes expirations dans le flacon pour que toute la fumée de tabac passe de la vessie dans le rectum. Cette manœuvre exécutée en moins d'une minute n'a besoin d'être réitérée qu'une ou deux fois, puisqu'à chaque insufflation on a lancé dans les intestins le volume de deux litres de fumée, notre instrument présentant, comme il a été dit, deux litres de capacité.

Notre pompe est destinée à prodiguer des secours non-seulement dans l'asphyxie par submersion, mais encore dans une infinité d'autres espèces.

II. Que d'enfants, par exemple, viennent au monde dans un état complet d'asphyxie et qu'on laisse succomber faute de moyens appropriés pour insuffler l'air dans les poumons, ou pour retirer des bronches et de la trachée l'eau de l'amnios que ces êtres faibles ne peuvent souvent expulser! Il y a bien la *pompe laryngienne* de madame Rondet; mais outre que cet instrument est très-compliqué, il ne sert qu'à l'insufflation de l'air et n'a pas d'ailleurs, comme le mien, l'avantage d'en préciser les proportions; il va sans dire qu'il est tout à fait impuissant pour débarrasser les voies aériennes du liquide amniotique, du sang ou des autres liquides qui s'y trouvent quelquefois.

III. Chez les individus asphyxiés *par suspension* et qu'on veut rappeler à la vie, on trouve parfois de l'écume qui obstrue la bouche et l'arbre trachéo-bronchique. Eh bien! on se conduira ici, avec notre instrument comme il a été dit en parlant des noyés qui se trouvent dans les mêmes circonstances. On leur insufflera également de l'air dans les poumons d'après les préceptes que nous avons si minutieusement décrits.

IV. Quelle que soit enfin l'espèce d'asphyxie qui se présente, la pompe à succion sera indispensable, soit pour débarrasser les voies aériennes, soit pour envoyer de l'air dans les poumons ou en priver ces organes, soit pour administrer les lavements de fumée de tabac. Une fois que la respiration commence à se ranimer, et même pendant les efforts que l'on tente à cet effet, il est urgent de s'occuper des indications qui restent à remplir. Ainsi, on place le corps dans de la cendre chaude ou dans un lit bassiné avec soin; on tient la tête élevée sur des oreillers afin de faciliter le dégorgement du cerveau; on exerce des frictions sur les membres avec une flanelle sèche ou imbibée de principes médicamenteux excitants; on agace la peau à l'aide de rubéfiants; on frappe la plante des pieds avec la paume de la main; on brûle des morceaux de papier ou

des moxas sur la région précordiale; on passe sous le nez des eaux aromatiques, du vinaigre ou de l'ammoniaque; on irrite, on chatouille la membrane muqueuse olfactive à l'aide de divers moyens mécaniques; on excite le gros intestin avec des injections irritantes, etc.; tout cela dans le but de commotionner le système nerveux, de le retirer de la torpeur dans laquelle il paraît enseveli. Et surtout, qu'on ne perde pas trop tôt courage; il faut prodiguer ces diverses médications pendant une heure ou deux, et même quelquefois plus (1). Si la face est injectée; si tout annonce que la stase sanguine s'oppose à ce que le rouage des trois principales fonctions se mette en mouvement, c'est le cas de pratiquer des émissions sanguines.

Lorsque les mâchoires sont si serrées l'une contre l'autre qu'on ne peut les écarter, il est quelquefois urgent de pratiquer l'opération de la trachéotomie, afin d'ouvrir à l'air une voie de communication avec l'organe pulmonaire. Il est inutile de faire remarquer que notre appareil sera encore ici d'une grande ressource pour les insufflations et surtout pour aspirer le sang qui tombe dans les bronches presque toutes les fois qu'on pratique l'incision de la trachée.

Je terminerai par cette réflexion : la pompe stomacale à succion est, sinon le meilleur des contre-poisons, du moins celui qui peut s'opposer avec le plus d'avantages aux ravages de la majorité des poisons. Cet instrument remplit en outre, dans le traitement de l'asphyxie, cinq des indications les plus urgentes, indications qu'on néglige ordinairement faute de moyens appropriés, mais qu'on regrette amèrement de négliger, car on connaît toute leur importance et surtout les résultats immédiats qu'elles provoquent. Or, je propose un appareil qui remplit une immense lacune, un appareil qui peut à lui seul tout ce que peuvent six autres appareils, un appareil simple et sans valeur pécuniaire, il y aurait donc indifférence pour l'humanité si l'on ne s'assurait de ce que j'avance; et il y aurait mépris pour cette même humanité, si, une fois convaincu, on ne lui faisait pas prendre place dans les boîtes de secours.

G. V. Lafargue.

(1) Une guérison des plus merveilleuses a été récemment obtenue par M. Gentillot père, dans une commune du département de la Gironde, à Vayres : un enfant de douze ans tombe dans la Dordogne; lorsque son corps fut retrouvé, il était presque glacé (c'était au moins de mars). M. Gentillot fit placer ce cadavre dans un lit chaud, le frictionna vigoureusement, comprima de temps en temps l'abdomen, etc., et ce ne fut qu'au bout d'une heure et demie que parut la première inspiration. L'enfant ne tarda pas à recouvrer sa santé première.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR L'EAU MERCURIELLE SIMPLE OU VERMIFUGE, PAR M. A. WIGGERS.

Les anciens surtout accordaient un rang distingué parmi les remèdes vermifuges à une eau bouillie avec du mercure métallique et connue sous le nom d'*eau mercurielle simple ou vermifuge*. La préparation de cette eau est trop connue, pour qu'il soit nécessaire de la reproduire ici. Plus tard on douta qu'elle eût quelque utilité : ce n'était, pensait-on, que de l'eau pure qui n'avait pas pu se charger de mercure. Cette présomption fut transformée en certitude lorsqu'on trouva, par des expériences, que dans cette opération le mercure ne diminuait pas de poids, et que les réactifs ne pouvaient pas démontrer dans l'eau la présence de ce métal. La conséquence naturelle fut d'abandonner l'emploi de ce remède, bien que les observations des médecins ne pussent être contestées.

Puisque le mercure ne peut décomposer l'eau pour s'y dissoudre à l'état d'oxyde, il est clair que si le mercure communique réellement quelque principe à l'eau par l'ébullition, celle-ci ne peut s'en charger qu'à l'état métallique, et que par conséquent les réactifs ne peuvent exercer sur lui aucune action. Les expériences par les réactifs mentionnées plus haut ne prouvent donc pas l'absence du mercure dans l'eau. De plus, si le mercure passe dans ce liquide, cette absorption ne peut avoir lieu que dans son état gazeux, opinion qui ne paraît pas absurde, si l'on réfléchit que le mercure, comme tout autre corps volatil, liquide, a sa tension propre, quelque faible qu'elle soit, et peut par conséquent prendre la forme gazeuse à toute température ; comme tous les gaz sont absorbés par l'eau, le gaz mercuriel ne devrait pas faire exception. Ces présomptions ont été complétement confirmées par quelques expériences.

Je n'ai trouvé, comme mes devanciers, absolument aucun indice de mercure par les réactifs dans l'eau bouillie avec ce métal, même après l'avoir concentrée par l'évaporation. Mais j'ai ajouté à cette eau une petite quantité d'acide nitrique et je l'ai réduite par l'évaporation à un petit résidu (huit onces environ ont été réduites à trois ou quatre gouttes); alors l'hydrogène sulfuré et le chlorure d'étain m'ont démontré dans celui-ci la présence non équivoque du mercure. Le chlorure d'étain est en effet un des réactifs les plus sensibles pour reconnaître le mercure; il le réduit de toutes ses combinaisons avec des phénomènes très-caractéristiques. Mais la proportion du mercure est très-faible et en rapport avec la fai-

blesse de sa tension, et il faudrait de grandes quantités d'eau mercurielle, si on voulait déterminer la quantité de mercure qu'elle a absorbée.

Si donc l'eau mercurielle simple a réellement des propriétés vermifuges, elles s'expliqueraient de cette manière, et cette observation pourra peut-être contribuer à réintégrer ce médicament dans la matière médicale.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DU BI-CARBONATE DE POTASSE, PAR WOHLER.

Le carbonate de potasse à l'état sec ou en dissolution n'absorbe, comme on sait, qu'avec beaucoup de lenteur le second atome d'acide carbonique nécessaire à sa transformation en bi-carbonate. M. Wohler a trouvé que la porosité du charbon mélangé à ce sel facilite extraordinairement la formation du bi-carbonate. On opère de la matière suivante : on carbonise du tartre brut dans un creuset couvert ; on humecte légèrement avec de l'eau la masse charbonneuse ; on la met dans un vase approprié, et on y dirige le gaz acide carbonique. L'absorption de ce gaz se fait avec une telle force, que la masse s'échauffe considérablement, et qu'on doit entourer le vase d'eau froide pour prévenir la décomposition du bi-carbonate formé. C'est à la diminution de température qu'on reconnaît le moment où la saturation est terminée ; on opère alors la lixiviation de la masse avec la moindre quantité possible d'eau de + 30° à 40°. Par le refroidissement de la dissolution filtrée, la majeure partie du bi-carbonate se dépose en beaux cristaux.

RECHERCHE DU MERCURE DANS LA SALIVE ÉCOULÉE PENDANT LA SALIVATION MERCURIELLE, PAR LÉOPOLD GMELIN.

Je suis redevable de la salive employée à ces expériences à mon honorable collègue M. Puchelt, qui l'a fait recueillir avec tout le soin nécessaire dans le service de sa clinique.

Première expérience. La personne qui a fourni la salive avait été frottée pendant longtemps avec de l'onguent gris, sans prendre du mercure par la bouche ; ce ne fut qu'après que ce traitement par frictions fut terminé depuis quelques jours, que la salive fut recueillie pour l'expérience. Elle était brunâtre, trouble et contenait de gros flocons de mucus ; chauffée au bain-marie, elle n'offrit pas d'autre coagulation que la séparation du mucus en flocons consistants : elle ne pouvai

donc pas contenir beaucoup d'albumine. Deux livres de cette salive furent évaporées à siccité en ajoutant vers la fin, et à plusieurs reprises, de l'acide nitrique, puis traitées encore par l'acide nitrique et évaporées de nouveau, mais non jusqu'à siccité complète. Durant la dissolution du résidu jaune pâle dans l'eau, il se sépara une quantité notable de graisse solide à froid, se fondant en une huile à une douce chaleur. Peut-être cette graisse est-elle la même que celle que m'a offerte la salive de l'homme sain dans une occasion précédente (Tiedmann et L. Gmelin, *la Digestion*, p. 11), seulement avec l'altération produite par l'acide nitrique. La solution aqueuse, séparée de la graisse par le filtre, donna, lorsqu'on y fit passer un courant d'hydrogène sulfuré, un precipité de soufre à cause de la présence de l'acide nitrique : ce précipité offrit toutefois une coloration jaune brunâtre. Il fut recueilli sur un filtre, lavé, placé dans un verre de montre, évaporé avec de l'acide nitro-muriatique, chauffé avec de l'acide hydrochlorique étendu, et puis, mis en contact, d'après la méthode de Smithson, avec de l'or et de l'étain. Après une action de plusieurs heures, l'or se montra un peu coloré en blanc gris, mais très-légèrement. Une contre-épreuve me donna aussi la conviction que l'étain communique également à l'or, sous l'influence de l'acide hydrochlorique pur, une semblable coloration grisâtre. L'expérience n'était donc pas décisive.

Deuxième expérience. La salive qui a servi à celle-ci avait encore été rendue, durant un traitement par frictions, par une autre personne qui n'avait pas non plus pris de mercure par la bouche. Elle était d'un jaune très-pâle, presque incolore, offrant un trouble blanchâtre et contenait beaucoup de gros flocons blancs de mucus. Elle fut traitée absolument de la même manière que la précédente, sauf la modification indiquée plus bas que j'apportai à la méthode de Smithson ; elle offrit les mêmes phénomènes, notamment l'absence de coagulation évidente et une grande quantité de graisse jaunâtre, et donna également, par l'action de l'hydrogène sulfuré, un précipité de soufre jaune brunâtre. Après que celui-ci eût été oxydé par l'acide nitro-muriatique et que le résidu évaporé eût été chauffé avec de l'acide hydrochlorique étendu, une petite feuille d'or fut portée dans la liqueur avec un morceau de fil de fer ; en effet, dans une expérience préliminaire, le fer, sous l'influence de l'acide hydrochlorique, ne changea la couleur de l'or et ne l'amalgama d'une manière évidente que dans le cas de la présence du mercure. Le lendemain matin, la feuille d'or était manifestement amalgamée et prenait par le frottement l'éclat de l'argent.

Pour isoler en définitive, autant que possible, le mercure précipité, la feuille d'or fut tassée dans la partie rétrécie d'un tube semblable à ce-

lui que M. Berzélius emploie pour séparer l'arsenic du sulfure de ce métal à l'aide du carbonate de soude et de l'hydrogène, et chauffée jusqu'au rouge dans un courant de gaz hydrogène. Elle reprit promptement sa couleur jaune et fournit peu à peu dans la partie la plus étroite du tube une très-faible couche métallique, mais trop fine toutefois pour qu'on eût pu, même avec la loupe, y apercevoir des globules de mercure évidents.

Comme une partie de mercure pouvait s'être précipitée sur le fil de fer, celui-ci fut soumis à la même expérience et donna une couche toujours faible, mais cependant bien plus forte, dans laquelle on put manifestement reconnaître à la loupe des globules de mercure extrêmement petits qui, au bout de plusieurs semaines, se réunirent en des globules plus gros, facilement apercevables à l'œil nu.

Cette expérience démontrerait la présence du mercure dans la salive rendue pendant la salivation mercurielle (1), bien qu'en quantité extrêmement faible. Il faut toutefois prendre en considération qu'une grande partie du mercure a pu être volatilisée durant les évaporations répétées de la salive, d'abord seule, puis mélangée avec les acides, quoiqu'elles aient été toutes opérées au bain-marie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TARTRE STIBIÉ A HAUTES DOSES, PAR LE DOCTEUR BARTELS, MÉDECIN A SCHWERIN.

Parmi les agents thérapeutiques remarquables par leur puissante action sur l'économie, il faut incontestablement ranger le tartre stibié; tour à tour proscrit ou prodigué sans discernement, ce médicament subit les vicissitudes des préparations antimoniales en général, et ce n'est que dans ces derniers temps que, soumis à des expériences nombreuses, il finit par occuper dans la matière médicale la place qui lui était due. — Pendant longtemps, on ne prescrivit le tartre stibié que dans l'intention de provoquer des vomissements ou bien des évacuations alvines, et il ne fut, par conséquent, administré qu'à une dose assez forte. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que ce médicament était susceptible d'une application bien plus générale.

Le docteur Bartels regarde le tartre stibié comme un remède très-

(1) Voyez *Bulletin de thérapeutique*, t. II, p. 34, les faits extrêmement curieux que nous avons rapportés, et qui prouvent combien est subtile la pénétration de nos tissus par le mercure. (*N. du R.*)

énergique dans toutes les affections inflammatoires des bronches et des poumons ; il dit en avoir surtout retiré de grands avantages dans cette espèce de pleurésie qu'il appelle rhumatismale. Cette maladie est très-commune dans le pays qu'habite ce médecin, en hiver principalement et lorsqu'un vent d'est très-vif règne depuis quelque temps outre les symptômes inflammatoires ordinaires et plus ou moins nettement tranchés, elle est généralement accompagnée de complication gastrique avec trouble dans la sécrétion de la bile. Au début, et chez les individus faibles ou avancés en âge, chez lesquels les phlegmasies se montrent rarement franches et intenses, chez ceux d'un tempérament lymphatique, et en particulier chez les femmes, le tartre stibié guérit la plupart du temps rapidement et seul, lorsqu'on n'a pas encore employé d'autre remède . si, en faisant une inspiration profonde, le malade ressent encore de la douleur ou de l'oppression, celle-ci cède constamment à l'application d'un large vésicatoire ; — chez les sujets vigoureux, où la maladie avait atteint un haut degré d'intensité, chez lesquels l'inspiration était accompagnée d'une douleur vive et de toux, ou même était devenue presque impossible, lorsque les crachats présentaient des stries sanguinolentes, l'auteur n'oubliait jamais de faire précéder l'emploi du tartre stibié d'une forte saignée ; le médicament n'agissait alors qu'avec d'autant plus de force, et l'émission sanguine ne dut jamais être renouvelée.

Lorsque la plèvre est moins que le parenchyme pulmonaire lui-même le siége d'une inflammation intense, le tartre stibié employé seul réussit plus rarement ; il faut, dans ces cas, avoir recours aux saignées souvent répétées et à la médication anti-phlogistique en général. — Mais si le mal a été négligé, ou s'il est très-opiniâtre ; si l'élément purement inflammatoire a pris une moindre importance, ou s'il a été affaibli par les émissions sanguines ; si la douleur vive a fait place à une oppression accompagnée d'angoisses ; si les forces ont considérablement baissé ; si la fièvre continue et que l'expectoration ne fournisse pas des crachats de bonne nature, en même temps que l'état général du malade ne se trouve pas amélioré, alors le tartre stibié fait des prodiges ; il n'est pas rare de voir les premières cuillerées produire un soulagement très-sensible ; l'expectoration est plus facile, la toux moins douloureuse, la langue plus humide, et la complication gastrique diminue ou finit même par disparaître entièrement.

M. Bartels a eu beaucoup à se louer de l'emploi du tartre stibié au commencement de toux catarrhales violentes, où des signes d'affection inflammatoire des poumons auraient pu engager à avoir recours aux saignées ; il s'en est tout aussi bien trouvé dans les cas de bronchite

chronique, de phthisie pulmonaire catarrhale ou même ulcéreuse, lorsque des irritations inflammatoires de l'organe respiratoire venaient compliquer la maladie, et où l'on se résout si difficilement à employer les émissions sanguines à cause de la faiblesse des malades. — Ce médicament convient ici surtout aux personnes plus avancées en âge, et lorsque le mal s'est développé avec lenteur et qu'il parcourt lentement ses périodes ; tandis qu'il est rarement ou presque jamais bien supporté par des sujets jeunes, grêles et irritables, dont le canal intestinal présente la plupart du temps une sensibilité très-grande, ainsi qu'on a l'occasion de l'observer dans la phthisie tuberculeuse.

L'auteur recommande fortement le tartre stibié contre toutes les affections inflammatoires de la trachée, de quelque nature qu'elles soient, chez les enfants comme chez les adultes, et par conséquent aussi particulièrement dans le croup ; lorsqu'on est à même d'administrer ici les médicaments d'assez bonne heure, il veut qu'on le fasse prendre d'abord à la dose vomitive, et que même, pour favoriser encore cette action, on y ajoute d'abord un peu d'ipécacuanha ; il prescrit ensuite de le donner seul et à des intervalles plus éloignés, en même temps qu'on applique quelques sangsues, soit avant, soit pendant l'emploi de ce médicament. Mais lorsque dès le commencement le tartre stibié détermine des évacuations alvines trop fortes et trop prolongées, ce qui est toutefois rare, il faut en suspendre l'usage et le remplacer par l'ipécacuanha.

M. Bartels pense qu'en général le tartre stibié n'agit jamais avec plus d'énergie et de promptitude que lorsqu'après les premières cuillerées il produit de simples nausées ou quelques légers vomissements, ou bien encore détermine quelques selles pas trop liquides, et qu'ensuite il porte davantage son action sur la peau et les reins ; car une fois que par suite d'une espèce de saturation, si l'on peut s'exprimer ainsi, des vomissements violents et des évacuations alvines considérables se sont établies, il faut suspendre complétement l'emploi du médicament, car sans compter que l'on n'en retirerait alors aucun bon effet ou à peu près, l'expérience a démontré que les évacuations persisteraient lors même qu'on administrerait le tartre stibié à des doses de plus en plus faibles.

L'auteur prescrit le tartre stibié de la manière suivante : tartre stibié, six à douze grains ; eau distillée, cinq onces ; sirop d'amandes, une once; eau de laurier-cerises d'un demi-gros à un gros, ou de l'extrait de jusquiame, six à dix grains, ou bien extrait de belladone, trois à six grains. — Mêlez. — Aux adultes, il fait prendre une cuillerée toutes les deux heures ; et aux enfants, une à deux petites cuillerées à thé ; toutefois, lorsqu'il s'agit de ces derniers, il faut diminuer la dose des

médicaments narcotiques. — Il faut proscrire absolument toute boisson tiède et surtout chaude.

M. Bartels n'a pas seulement employé le tartre stibié dans les affections inflammatoires de la poitrine dont nous venons de parler ; il l'a encore essayé contre différentes paralysies, et en particulier contre des hémiplégies produites par des attaques d'apoplexie, mais avec si peu de succès qu'il a tout à fait renoncé à ce mode de traitement. Il est vrai que le tartre stibié paraissait d'abord vouloir rappeler la sensibilité dans la partie malade ; mais ce demi-succès ne fut que de courte durée et s'évanouit bientôt tout à fait lorsqu'on fut forcé de suspendre l'emploi du médicament à cause des vomissements et des évacuations alvines abondantes qu'il déterminait ; l'auteur ne retira pas plus d'avantage de la strychnine, qu'il administrait après le tartre stibié.

Il n'en fut pas ainsi dans les cas de *delirium tremens* ou de folie des ivrognes ; ici le tartre stibié s'est montré remède excellent ; le docteur Bartels le faisait prendre à l'intérieur, à la dose indiquée plus haut, et à l'extérieur, il faisait faire des frictions avec la pommade stibiée dans la nuque et sur les épaules : cet heureux effet était surtout obtenu lorsqu'on avait en même temps recours aux applications du froid sur la tête. — Si le tartre stibié est bien supporté, s'il détermine à la fois des vomissements et des évacuations alvines, si les pustules s'élèvent en grand nombre, le malade devient plus tranquille et est pris d'un sommeil profond et critique. Ce qui arrive généralement après trente-six, quarante-huit ou soixante-douze heures. — On met alors de côté tous les médicaments internes et externes, et après le sommeil, on termine la cure par les amers.

Ce médecin croit aussi pouvoir recommander le tartre stibié, employé de la même manière que dans le *delirium tremens*, dans certains cas d'aliénation mentale où il est besoin d'affaiblir promptement et énergiquement les forces vitales et de produire une perturbation considérable dans tout le système nerveux.

On pourrait ajouter qu'à des doses très-hautes, mais données à des intervalles plus éloignés, il active encore davantage l'énergie des vaisseaux absorbants, surtout de ceux de la poitrine, favorise la libre circulation du sang, les sécrétions de la peau, des reins, etc., jusqu'à ce qu'enfin la saturation du médicament ayant lieu, l'estomac et le canal intestinal réagissent vivement pour le chasser hors de l'économie à l'aide d'abondantes évacuations aqueuses.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouvelle méthode pour guérir les pseudo-ankyloses angulaires du genou. — M. Duval vient de présenter à l'académie des sciences trois observations de fausses ankyloses angulaires du genou guéries par la section des tendons, des muscles biceps, crural, demi-tendineux et demi-membraneux. Les tendons de ces muscles ont été coupés par le même procédé qu'emploie M. Duval pour le tendon d'Achille dans le pied-bot, c'est-à-dire d'avant en arrière et sous la peau. Les sujets ainsi traités ne pouvaient plus marcher qu'à l'aide de béquilles; le premier avait la jambe tellement fléchie sur la cuisse que le talon touchait presque la fesse; cette difformité était la suite de contractures paralytiques; chez le second et le troisième, elle s'était développée pendant le cours d'une tumeur blanche du genou. L'un a été opéré le 8 septembre, l'autre le 10 octobre, et le dernier le 11 du même mois. On conçoit que cet état doit souvent amener la déformation du pied; deux malades étaient en même temps affectés de pieds-bots équins qui ont été guéris par la section du tendon d'Achille avant d'entreprendre la cure de la fausse ankylose. — Cette méthode, susceptible de se généraliser, pourra amener des résultats avantageux; le *Bulletin de thérapeutique* a déjà signalé d'heureuses applications de ce principe.

Nouvelle préparation du goudron pour le traitement du psoriasis. — Parmi les moyens de traiter le psoriasis, le goudron est considéré par M. Emery comme le plus avantageux; il l'a, en conséquence, adopté pour presque tous les cas qui se préscutent dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Un des inconvénients attachés à son usage est la manière dont il tache le linge et l'altère. M. Émery avait vainement essayé d'employer la créosote au lieu de goudron; celle-ci ne donnait pas les mêmes résultats. L'interne en pharmacie de ce médecin, M. Giraud, faisait, depuis quelque temps, des recherches pour arriver à nettoyer le linge imprégné de goudron; il y était parvenu; mais les moyens étaient trop dispendieux. Depuis quelques mois il soumettait le goudron à divers réactifs pour en extraire la matière colorante; enfin, ce jeune chimiste a fini par arriver à un résultat important, et le produit qu'il a obtenu, mêlé à de l'axonge, a fourni à M. Émery un médicament qui a tous les avantages du goudron sans en avoir les inconvénients. Cinq malades, trois femmes et deux hommes, sont déjà sortis de ses salles parfaitement guéris par son emploi. L'une des femmes, âgée de vingt-six ans, avait un *psoriasis sparsa* fort étendu, qui datait de huit mois, et qui avait résisté à la pommade de proto-iodure de mercure; pendant six semaines on avait été forcé de la suspendre à diverses reprises, parce qu'elle faisait naître d'abondantes salivations. Un mois de l'usage de la nouvelle pommade l'a complétement guéri.

Une autre, âgée de trente ans, couchée au nº 15, salle Napoléon, portait une lèpre vulgaire sur les bras et la poitrine; dix-huit jours de traitement l'ont débarrassée. Enfin, une jeune fille de seize ans avait un *psoriasis guttata* de tout le corps depuis trois mois; trente jours de

traitement ont suffi. Des deux hommes, l'un, âgé de trente-quatre à trente-cinq ans, portait un psoriasis depuis trois mois; il a guéri en moins de trois semaines; il était couché au n° 19 de la salle Ste-Victoire. L'autre, âgé de cinquante ans, avait un psoriasis général, dont il était incommodé depuis deux ans, et qui avait aussi résisté à l'usage de la pommade préparée avec un gros de proto-iodure par once d'axonge : vingt-cinq jours de traitement ont suffi.

A partir du n° 10 de la salle Sainte-Victoire, jusqu'au n° 21, tous les malades, à l'exception de trois, les nos 16, 17 et 18, sont en traitement depuis dix jours. — Nous rendrons compte des résultats.

En attendant, voici la formule de la pommade dont on se sert :

Axonge	une livre.
Huile pyrolaïne de goudron. . . .	de deux à quatre onces.

La dose du médicament est modifiée suivant les sujets et la maladie.

Dans peu nous publierons un article de M. Émery sur le procédé de M. Giraud pour l'extraction de l'huile de goudron et sur les bons effets qu'il en aura obtenus dans le traitement de ses malades.

Sur quelques faits de catalepsie. — Nous avons rapporté, dans notre dernier numéro, une histoire curieuse de somnambulisme; voici un état non moins extraordinaire, observé récemment par M. Serrurier, chez une de ses malades. Une jeune dame, étant en visite et se disposant à sortir de l'appartement où elle était, étend le bras pour ouvrir la porte, et elle reste droite, immobile, le bras tendu ; on vient, tout son corps est raide; on veut la faire asseoir, on ne peut y parvenir ; l'œil est fixe, la pupille dilatée; on ne peut ouvrir sa bouche pour introduire une cuillerée de potion; on n'y parvient qu'en serrant le nez. Le liquide ingéré, elle pousse un profond soupir, regarde autour d'elle d'un air effaré et laisse échapper ces mots : *Je ne sais pas*, et tout-à-coup elle retombe dans son insensibilité. On la place sur un brancard et on l'apporte à son domicile. A cet appareil, à la vue de sa femme immobile et les yeux fixes, le mari se précipite et s'écrie en sanglotant, — « Ah ! mon Dieu, ma femme est morte!..... — Mais non pas ! dit la dame en se levant tout-à-coup au grand étonnement de tout le monde, qu'est-ce?... Que me veut-on?... » Et elle marche, et elle monte chez elle sans conserver aucun souvenir de ce qui s'est passé. Cet accès de catalepsie était le troisième et a duré deux heures; le premier n'avait duré qu'une demi-heure, et le second une heure. Aucun n'a été accompagné de symptômes épileptiques.

Les cas de catalepsie sont extrêmement rares, et il y a entre cet état et celui du somnambulisme un rapport prochain. Il arrive le plus souvent que les cataleptiques présentent des phénomènes de somnambulisme, comme aussi l'on voit les somnambules naturels offrir parfois des caractères cataleptiques.

Une des plus curieuses observations de catalepsie a été recueillie en 1824 par deux de nos meilleurs amis, M. le docteur Vyau-de-Layarde, ancien chef de clinique à l'hôpital de la Charité, et actuellement médecin à Nevers, et le docteur Lenormand, dont nous avons eu, il y a quelques mois, à déplorer la mort prématurée.

Voici quelques détails que nous avons conservés sur ce fait intéressant.

C'était une jeune demoiselle de Lille, âgée de quinze ans, blonde, petite, d'un caractère doux, mais d'un tempérament nerveux et irritable. Elle avait été mise en pension à Paris. La nostalgie s'empara d'elle et bientôt survinrent des accidents choréiformes. Les premiers symptômes cataleptiques se manifestèrent en janvier 1825. Dans le commencement il n'y avait qu'une immobilité parfaite, mais sans raideur constante des membres, et pendant cet état, qui revenait régulièrement tous les jours et durait de quatre heures du soir à dix heures et demie, il y avait perte de tous les sens, excepté de l'ouïe. Bientôt la catalepsie fut complète, et la malade n'entendit plus ce qui se disait autour d'elle; alors les extrémités supérieures et inférieures, la tête et le tronc, prenaient toutes les positions qu'on voulait leur donner, et les conservaient, même les plus difficiles, jusqu'à ce qu'on les en fît changer; les paupières supérieures étaient baissées et néanmoins clignotantes; le visage naturel et calme. Les accès conservèrent pendant un mois la régularité que nous avons indiquée, puis la catalepsie devint presque continue et si complète que la malade, soulevée de son lit de manière à ce que le tronc formât, avec le plan horizontal, un angle de quarante degrés, gardait cette position, ainsi que toutes les autres intermédiaires, dans un complet équilibre, à peu près comme le ferait un mannequin à ressorts; elle était comme une cire molle qui prend toutes les figures que l'on veut, et s'en tient éternellement à la dernière. Cet état dura vingt jours et diminua ensuite; l'amélioration vint au point que pendant les spasmes la malade pouvait, par instants, entendre ce qu'on lui disait. Un jour qu'elle était dans une immobilité cataleptique complète, un orgue qui se fit entendre dans la rue l'en tira subitement; elle porta avec vivacité ses mains à ses oreilles, en s'agitant et criant avec volubilité : *La musique! la musique! que c'est beau la musique!*

Pendant le cours de cette singulière maladie, qui dura quatre mois, et dont la disparition coïncida avec une excrétion extraordinaire d'urine et un long dévoiement, lorsqu'elle avait résisté aux affusions, aux vésicatoires, aux anti-spasmodiques, la jeune malade présenta plusieurs fois une sorte de somnambulisme; elle chantait des airs connus, elle parlait et faisait des mouvements pendant la catalepsie. Dans ces cas, elle ne conservait pas plus que les jours précédents le souvenir de ce qui s'était passé.— Ces faits sont assez curieux pour être portés à la connaissance de nos lecteurs.

Coupures en disséquant. —Le docteur Jonhson vient de communiquer à la Société de Londres le résultat de ses expériences sur le meilleur moyen de prévenir les mauvais effets des piqûres ou coupures qu'on se fait en disséquant sur les cadavres ou en opérant sur certains tissus malades. Il résulte de ces expériences que le meilleur moyen est de fomenter incessamment la partie pendant deux à trois jours avec des compresses trempées dans une très-forte solution saturée d'alun. Ce résultat a été aussi vérifié par M. Macartney, qui l'a communiqué au congrès de Liverpool. Les amphithéâtres anatomiques de Londres viennent d'être pourvus de cette solution pour l'usage des élèves qui dissèquent.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES PRÉJUGÉS DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE.

On entend souvent les médecins se plaindre des préjugés du vulgaire de tous les rangs, relativement à la médecine, et des obstacles que ces préjugés leur suscitent dans l'exercice de leur profession. Il y a deux réponses bien simples à faire à de pareilles plaintes : la première, que ces préjugés ont toujours leur origine dans des systèmes de médecine jadis florissants, et depuis plus ou moins abandonnés. Quand on entend parler d'humeurs *âcres* à combattre, d'humeurs à faire couler, de dépuratifs pour adoucir la masse des humeurs, etc., n'est-il pas évident que le public a été longtemps imbu des doctrines de médecine humorale qui régnèrent autrefois ? Ces préjugés diminuent chaque jour, mais ils sont remplacés par d'autres, nés d'une autre source. Quelle est maintenant la vieille femme, le docteur en jupon ; quel est l'amateur de médecine le plus ignorant qui ne prescrive des sangsues à tort et à travers, comme autrefois un vomitif ou un purgatif ?

La seconde réponse beaucoup plus directe est que les médecins eux-mêmes sont souvent imbus de préjugés, d'habitudes, de coutumes routinières, qui se perpétuent par l'ignorance à vue courte et à moyens étroits, ou par la paresse qui, ne voulant rien faire ou rien apprendre, tombe dans l'apathie ou une sorte de crétinisme moral. On ferait un gros volume des préjugés des médecins sur une infinité de maladies, et je ne doute pas que ce livre, fait avec tact et discernement, n'ait une haute portée philosophique et médicale. Quant à moi, qui n'ai ni le temps ni bien moins encore le talent de faire un tel ouvrage, je me contenterai de faire quelques remarques sur certaines pratiques ou préjugés, admis comme règles dans la thérapeutique oculaire.

1° Il est encore une foule de praticiens qui, dans l'inflammation des yeux, font appliquer des sangsues sur les paupières et autour de l'orbite, pratique tout à la fois contraire à la théorie et à l'expérience. En effet, la première nous enseigne, *ubi irritatio, ibi fluxus ;* que c'est par conséquent à l'extrémité du rayon le plus éloigné du centre d'une fluxion sanguine qu'il convient d'appliquer les sangsues. L'expérience est d'accord avec ce principe, car il est bien rare que si dans une ophthalmie on fait une application de sangsues autour de l'œil malade, cet œil ne présente le lendemain un gonflement plus ou moins pro-

noncé, et qui certes ne peut contribuer à hâter la guérison. Il y a des cas, il est vrai, où l'on applique une ou deux sangsues dans l'intérieur de la paupière inférieure, mais ceux qui ont l'habitude des maladies de l'œil savent très-bien que la piqûre d'une sangsue est moins douloureuse à l'intérieur qu'à l'extérieur de la paupière ; que d'ailleurs on n'en applique qu'en très-petit nombre ; enfin qu'il y a sur-le-champ une grande abondance de larmes qui calment aussitôt l'irritation hirudinaire, et en empêchent le développement.

2° A Paris et parmi les bons praticiens des départements, on a renoncé à l'emploi des cataplasmes émollients sur un œil enflammé, mais ce préjugé thérapeutique règne encore dans beaucoup de pays. Cependant, il n'est rien peut-être de plus pernicieux dans le cas dont il s'agit, car rien ne dispose davantage à attirer le sang dans la partie malade, à préparer les dilatations variqueuses des vaisseaux de la conjonctive, et par conséquent à déterminer des ophthalmies chroniques, presque toujours incurables. Existe-t-il une irritation oculaire plus vive, plus insupportable, une crainte de la lumière plus instante que dans certaines ophthalmies scrophuleuses des enfants? Eh bien! appliquez des cataplasmes émollients sur l'œil, et vous verrez que non-seulement la maladie ne se guérit pas, mais qu'elle augmente, qu'il se manifeste des engorgements vasculaires, des taies, des *leucoma*, souvent au-dessus des ressources de notre art.

3° Ce que je viens de dire des cataplasmes émollients peut s'entendre de l'emploi des compresses humides ou sèches, et des bandeaux appliqués dans le cas d'ophthalmies plus ou moins graves. Couvrez-vous l'œil, dit le praticien routinier au malade, d'ailleurs très-disposé à soustraire l'organe malade à l'action irritante de la lumière. Mais en couvrant l'œil, on l'échauffe, on l'irrite, on le gêne, on y provoque du sang, on augmente d'abord sa sensibilité, et on le rend ainsi pour longtemps impropre à ses fonctions. Quand la compresse est mouillée, autre inconvénient; si le liquide est chaud ou tiède, il irrite et il relâche les tissus vasculaires de l'œil; s'il est froid, il fatigue l'organe, il occasionne de la douleur et provoque souvent le coryza. Que faut-il donc faire? Laisser l'œil souffrant à l'air libre, mais diminuer la lumière dans la pièce habitée par le malade. Tout au plus convient-il d'abriter l'organe irrité pendant la nuit, au moyen d'nn morceau de linge fin et doux, descendant du front sur les paupières, mais sans aucune compression.

4° Certes, il est d'expérience de préserver un œil enflammé de l'action irritante de la lumière, on en obtient de bons résultats ; mais c'est un préjugé thérapeutique de plonger l'organe phlogosé dans une obscurité profonde et de l'y maintenir longtemps comme font certains pra-

ticiens. Un très-grave inconvénient résulte de cette pratique, c'est que l'œil devient ensuite tellement sensible, tellement impressionnable à l'air et à la lumière, qu'il a peine à se mettre en équilibre avec cette dernière, son excitant naturel. Pour peu qu'il y ait un courant d'air vif, que l'intensité de la lumière augmente, qu'il y ait un contraste de couleurs éclatantes, que l'individu applique sa vue à un travail quelconque, l'œil rougit aussitôt, et l'ophthalmie peut reparaître à des degrés plus ou moins élevés. Je citerais de nombreux exemples à l'appui de cette assertion, si je voulais rapporter des observations particulières. Je me contenterai de faire cette remarque : qu'un homme ayant des yeux sains et excellents, supportant parfaitement l'éclat d'un jour d'été, reste plusieurs jours dans une cave ou un cachot obscur, il ne pourra ensuite tolérer brusquement le même degré de lumière auquel ses yeux étaient accoutumés. On en sent facilement la raison physiologique.

5° Ce que je viens de dire de l'emploi du bandeau sur un œil enflammé s'applique, non pas à l'usage, mais à l'abus qu'on fait des verres colorés d'une nuance trop foncée. Rien ne rend, en effet, l'œil plus sensible, plus irritable, plus *tendre*, comme dit le peuple, que cette pratique devenue vulgaire. D'une chose qui soulage d'abord, on se fait un besoin, une nécessité, parce qu'on a augmenté imprudemment l'excitabilité de l'œil, parce qu'on le rend impropre à supporter un degré convenable d'excitation. C'est bien pis encore lorsqu'on garnit les verres de goussets en taffetas; alors, l'œil comme enveloppé, emprisonné, ne tarde pas à s'échauffer, à s'irriter; la transpiration arrêtée le tient en outre dans un bain de vapeur continuel; cela est si vrai qu'on voit le patient obligé d'essuyer les verres de ses lunettes à chaque instant. M. Alexandre, célèbre oculiste anglais, voulant remédier à ces inconvénients, fait placer au lieu de verres une gaze fine et colorée en bleue, afin de *tamiser* l'air et ne pas trop échauffer l'œil. Ce mode de diminuer la lumière peut avoir ses avantages, mais il a aussi quelques inconvénients, quand ce ne serait que de donner passage dans certaines circonstances à une poussière fine, très-capable d'irriter un organe déjà excessivement sensible. Toujours est-il, qu'à moins d'indication expresse, l'œil, même délicat, ne doit point être soustrait à son excitant naturel; il a besoin de lumière, il lui faut un air pur et frais; enfin il est indispensable qu'il ait sa plénitude d'action pour se maintenir sain, autrement il s'altère, et une maladie grave de ce précieux organe est souvent le résultat de précautions négligées, de soins peu méthodiques. C'est surtout en médecine qu'il convient d'apprécier l'influence extrême des petites causes répétées.

6º Beaucoup de praticiens croient encore bénévolement qu'on peut, à l'imitation de la femme de Fabrice de Hilden, enlever une parcelle de fer implantée dans la cornée, au moyen d'un barreau aimanté; qu'ils se désabusent, car une expérience réitérée leur prouvera que c'est là un véritable préjugé thérapeutique. Autant vaudrait employer dans les mêmes cas le moyen suivant de Marcel, ce célèbre empirique de l'antiquité. « D'abord on ouvrira l'œil avec trois doigts de la main gauche dégagée de toute espèce de liens, soit anneau ou bracelet. Le patient n'oubliera pas de cracher à trois différentes reprises, et avant de terminer l'opération on lui fera répéter par trois fois, *rica*, *rica*, *soro*. » Mais si le barreau aimanté est inutile, les collyres proposés pour fondre et dissoudre la paille de fer sont tout-à-fait nuisibles, en ce qu'ils irritent prodigieusement l'organe. L'avulsion faite avec adresse, avec patience, est encore le moyen le plus convenable et le plus sûr.

7º Je regarde aussi comme un préjugé de thérapeutique oculaire cette banalité du séton à la nuque, et du vésicatoire dans certaines maladies des yeux. Il y a ici un effroyable abus, souvent commis par des médecins distingués, mais qui se laissent, ou emporter par de faux principes, ou par des habitudes de pratique depuis longtemps enracinées. Conçoit-on que dans des affections tout-à-fait locales de l'œil, on conseille l'application d'un séton? Conçoit-on encore que ce moyen toujours douloureux, qui fatigue et épuise certains malades, soit prescrit avec légèreté, chez de jeunes sujets, délicats, lymphatiques, scrophuleux, à musculature débile, à cou grêle, symptômes constants d'une constitution faible et sans énergie vitale? C'est pourtant ce qu'on voit tous les jours. Le vésicatoire à la nuque ou au bras présente moins d'inconvénients, mais il en a encore de trop marqués chez les enfants, pour qu'on ne le prescrive qu'avec beaucoup de prudence. De deux choses l'une : ou le vésicatoire est peu actif, alors il reste sans effet, ou bien on le stimule avec force comme il est assez commun; alors il en résulte, notamment chez les enfants, de l'irritation, de la douleur locale, mais qui a du retentissement dans toute l'économie, puis une forte chaleur morbide générale, de l'insomnie, de la maigreur, de l'épuisement, etc. Ainsi à la suite d'une maladie quelquefois sans intensité, que le temps et de légers soins bien dirigés auraient pu guérir, surviennent quelquefois de graves accidents. Je sais qu'on a réponse à tout; qu'il est des médecins ayant des solutions théoriques toutes prêtes pour chaque difficulté, mais je sais aussi que l'expérience est ici comme ailleurs la suprême loi.

8º Ne pourrait-on encore ranger parmi les préjugés de thérapeutique oculaire l'emploi banal du nitrate d'argent dans les inflammations des

yeux? pour moi je le crois. Les hommes en général, et surtout les médecins, donnent dans les extrêmes les plus opposés; ils passent avec la plus grande facilité de l'oubli à l'exagération, de l'indifférence à l'engouement. C'est ce qui est arrivé pour le médicament dont il s'agit. Jadis employé pour les maladies de l'œil, mais avec timidité, le nitrate d'argent fut à peu près oublié, mais depuis quelque temps il n'est point de maladies phlegmasiques de l'organe de la vue auxquelles on ne l'ait appliqué, et à doses énormes : quels que soient la cause et le principe de ces maladies, quel que soit le degré de sensibilité de l'organe, il est des praticiens qui ne balancent jamais à y recourir. Le malheur est qu'on ne cite que les succès et qu'on tait les revers, ou du moins qu'on les déguise avec plus ou moins d'art. Je ne nie pas l'utilité de ce médicament à beaucoup près, mais dans leur chaude poursuite du vrai, du bon, du complet, je crains que des praticiens, d'ailleurs très-estimables, ne se soient fait illusion. L'indication vague d'une vérité pratique ne suffit pas, mais il faut son expression rigoureuse, sa formule applicable à tel ou tel cas.

Ces réflexions conviennent également à l'emploi du sublimé corrosif tant recommandé en collyre par quelques médecins, dans certaines affections des yeux. Il y a même une composition de ce genre qu'on appelait autrefois, par jeu de mots, le *collyre sublime;* mais le temps et l'expérience n'ont pas tardé à démontrer avec quelle excessive réserve il convient d'appliquer ce dangereux médicament sur un œil enflammé.

9°. Un préjugé de thérapeutique oculaire non moins important à signaler que les précédents est de s'attacher à la maladie de l'organe, et de ne pas aller au-delà. Il faut bien se persuader pourtant que les affections pathologiques des yeux sont bien moins essentielles que secondaires. Je vais plus loin, et je dis qu'à l'exception des lésions traumatiques, toutes remontent à une cause éloignée, dont l'effet est venu se concentrer sur l'organe de la vision. Il est donc indispensable de rechercher soigneusement ces causes, de les discerner et de les combattre avec persévérance. Je n'ignore pas que ce précepte est assez reconnu; mais il est donné d'une manière si générale et si vague, on fait une si large part ordinairement à l'affection locale dans le traitement, et une si petite à la cause du mal; il faut le dire aussi, cette cause est parfois si abstruse, si cachée, que les indications ne présentent rien de saillant, de formel : dès lors on court au plus pressé, aux symptômes locaux, évidents; mais souvent aussi la maladie résiste, ou reparaît avec une désolante opiniâtreté. Quand on pense aux belles cures d'amaurose qu'a obtenues Scarpa par les vomitifs; quand on pense qu'une ou deux hémorrhoïdes qui reparaissent guérissent presque aussitôt de graves ophthal-

mies, que des mydriases ont disparu presque immédiatement par l'emploi des purgatifs, etc., sans compter les ophthalmies dites *spéciales*, on devrait bien s'appliquer plus qu'on ne le fait à rechercher les causes éloignées des maladies des yeux; de beaux et éclatants succès sont réservés aux praticiens qui suivront cette voie.

Enfin je termine en signalant un dernier préjugé sur les affections morbides des yeux, préjugé particulier aux médecins de notre pays: c'est de se persuader que ces maladies sont beaucoup moins étudiées en France que dans les pays étrangers. Pour détruire une semblable assertion, pour en prouver le peu de fondement, il suffit de bien connaître l'histoire de cette partie intéressante de la pathologie, et l'on sera bientôt convaincu qu'il n'y a peut-être pas de pays où l'on ait observé, avec plus de soin, plus de méthode et de persévérance que dans le nôtre, les affections des yeux. S'il m'était possible d'exposer ici le tableau, même raccourci, de ce qu'ont fait dans ce genre les Gendron, les Maître Jan, les Pellier, les Daviel, les Demours, père et fils, les Wenzel, etc., sans compter les travaux des chirurgiens qui se sont occupés de cette branche de l'art, je ferais voir que les plus importants progrès faits dans l'étude des maladies des yeux sont précisément dus à nos compatriotes. Quand il s'agit de science, je ne l'ignore pas, il ne faut avoir égard ni au temps ni au pays; mais les droits de la vérité, quand on les conteste, doivent pourtant être mis en évidence. Suffit-il de bâtir le fantasque édifice d'hypothèses sans base, d'établir une nomenclature dont le moindre défaut est d'être bizarre et inintelligible; suffit-il encore d'adopter une symptomatologie minutieuse, de donner une importance exagérée aux nuances de la vascularisation morbide des affections des yeux, pour affirmer que la science a reçu une grande impulsion de ce mode de procéder? on ne saurait le croire. Toutes les modifications ne sont pas des découvertes; toutes les innovations ne sont pas des progrès: un scepticisme critique, aidé de l'expérience, ne tarde pas à dissiper bien des illusions pour donner enfin à chaque chose son poids et sa valeur réelle. R. P.

BONS EFFETS DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO, APPLIQUÉ SUR LA PEAU DE LA FACE PENDANT LA VARIOLE.

Les cicatrices plus ou moins nombreuses et difformes que laissent souvent après elles les varioles un peu graves sont sans contredit un des résultats, sinon les plus dangereux, au moins les plus désagréables de ces maladies. Combien ne voit-on pas, même encore aujourd'hui, malgré toutes les conquêtes de la vaccine, de figures marquées du

sceau indélébile de la petite vérole ! Soit qu'on ait négligé l'admirable préservatif de Jenner, soit que ce moyen n'ait pas empêché l'éruption ultérieure d'une varioloïde grave, ou même d'une véritable variole, puisque la vaccine ne préserve pas mieux que la variole elle-même, à chaque instant le médecin est appelé à lutter contre ce mal redoutable. Tous les praticiens savent combien il eût mieux valu le prévenir ou l'atténuer d'avance par une vaccine régulière; tous savent aussi combien il est difficile d'en modifier le cours, d'en conjurer les accidents: la plupart ont appris dans ces dernières années à combattre avec succès l'une des complications les plus fâcheuses de la maladie, en appliquant convenablement le nitrate d'argent fondu sur les pustules qui envahissent la conjonctive oculaire; mais ce que le plus grand nombre des médecins ignorent encore, c'est qu'il est possible de prévenir les stigmates que la variole imprime si souvent à ses victimes. Comme s'il était de la destinée des maladies les plus rebelles à nos théories de se montrer par compensation les plus soumises à notre puissance thérapeutique, les fièvres intermittentes rencontrent le quinquina; la syphilis cède au mercure; la variole fuit devant la vaccine. Cette dernière maladie doit même dorénavant offrir encore à la médecine un sujet de triomphe. Il est inutile aujourd'hui d'insister sur les avantages de la vaccine; aucun être réfléchissant ne le conteste; ni sur ceux de la méthode ectrotique, ils sont hors de doute pour quiconque en a fait convenablement l'expérience; mais je crois rendre un service à mes confrères, et surtout aux malades, en appelant l'attention du monde médical sur le procédé thérapeutique qui fait l'objet de cette note.

J'avais entendu dire par M. Bart, mon interne à l'hôpital de la Charité, que différents moyens avaient été essayés dans le but de modérer le développement de la variole, et qu'il paraissait que le plus efficace avait été l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Je résolus alors de faire sur ce point quelques recherches au lit du malade, et le succès dont mes premiers essais furent couronnés m'engage à les publier, même avant que le travail que je me suis proposé soit complet. Quand il s'agit d'une application thérapeutique réellement et incontestablement utile on ne peut pas mettre trop d'empressement à la vulgariser.

Les observations suivantes feront foi du bénéfice réel qu'on procure au malade en appliquant sur la peau variolée, et particulièrement sur la face, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, suivant la formule du codex.

Obs. I. Le 18 juillet 1837, est entré à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n. 17, le nommé Miclane (Jean-Marie), peintre en bâtiments, âgé de vingt-cinq ans, bien constitué. Ce malade, qui n'a point été vac-

ciné, était sorti quinze jours auparavant de la Pitié, où il était couché en face d'un varioleux qu'il visitait quelquefois. Le 16, il avait été pris de frissons, de douleurs vives dans les lombes; brisement général, anorexie, soif, céphalalgie.

Le 19, à la visite, chaleur générale, mouvement fébrile assez prononcé; le visage, la partie supérieure de la poitrine et les bras, présentent un grand nombre de petites saillies rouges; la langue en offre aussi quelques-unes. (On applique sur la moitié gauche du front un emplâtre de Vigo *cum mercurio*; on laisse pour comparer l'autre moitié du front découverte.)

Le 20, rien que de régulier.

Le 21, les pustules étaient bien formées. On applique encore un emplâtre de Vigo *cum mercurio*; sur la face dorsale de la moitié supérieure de l'avant-bras droit.

La maladie continue à suivre sa marche ordinaire. Elle n'est pas confluente, mais les pustules en sont fort nombreuses et fort rapprochées l'une de l'autre.

Le 24, en soulevant les emplâtres du front et de l'avant-bras, on trouve les pustules sous-jacentes beaucoup moins larges, moins saillantes que les autres.

Le 25, les pustules arrivent à leur maximum de développement, à la face et aux bras. (Troisième emplâtre de Vigo *cum mercurio* sur tout le tour de la moitié inférieure de l'avant-bras gauche.)

Le 27, au front, les pustules sous l'emplâtre ne forment que des papules. Sur le reste de la face elles commencent à se dessécher régulièrement; elles se flétrissent sur la partie supérieure du tronc.

Le 28, le dessèchement des pustules de la face est complet; sur le côté droit du front se trouvent, comme dans les varioles ordinaires, les pustules croûteuses et desséchées; sur la moitié gauche, au contraire, on ne distingue que des élevures un peu plus colorées que le reste de la peau, et quelques pellicules minces de desquamation.

Sur l'avant-bras droit, dans l'espace couvert de l'emplâtre, les pustules ont à peu près entièrement disparu; desséchées, très-petites, à peine croûteuses, elles sont légèrement rouges, et cette rougeur ne s'étend point à la peau environnante, tandis que les pustules du reste de l'avant-bras sont saillantes, entières, à peine flétries et entourées d'une auréole rouge; celles du bras sont encore larges, grandes, en partie desséchées et flétries.

Sur l'avant-bras gauche, dans l'espace recouvert par l'emplâtre du 25, les pustules sont à peu près toutes flétries; aucune auréole rouge ne les environne, tandis que les autres pustules sont presque

toutes encore entières ; celles qui se flétrissent sont entourées d'un cercle rouge.

Il est à remarquer que les pustules couvertes par la partie de l'emplâtre de diachylon qui débordait l'emplâtre de Vigo pour le coller sur la peau, sont généralement plus flétries que les pustules non couvertes, mais elles présentent comme celles-ci une auréole rouge autour de leur base.

Les jours suivants, la même différence continue à se remarquer entre ces parties. A compter des premiers jours du mois d'août, cependant, les différences deviennent moins sensibles. Au 5 août, la moitié gauche du front est beaucoup plus nette que la moitié droite ; elle offre de beaucoup plus grands espaces de peau saine. Les traces des pustules qui ont été sous l'emplâtre forment des saillies évidemment plus proéminentes que les autres ; plusieurs même sont comme de petites pustules coniques, dont le sommet contient un peu de suppuration. Il semble, depuis l'ablation de l'emplâtre, que ces pustules constituent des espèces de miniatures du bouton varioleux. Sur l'avant-bras droit les saillies sont aussi un peu moins larges et plus proéminentes, mais cette différence est moins marquée que sur le front. Sur l'avant-bras gauche elle est encore moins sensible.

Du 9 au 14 août, deux petits abcès sont ouverts, l'un au mollet gauche, l'autre au bord externe du pied droit. Le 16, le malade sort. Au premier aspect, la différence entre les deux côtés du front paraît légère ; il paraît seulement que les taches rouges sont plus larges sur le côté droit, beaucoup plus petites sur le côté gauche. Mais en y regardant de près, et avec l'attention convenable, on voit sur le côté droit des cicatrices déprimées, rougeâtres, les unes arrondies, ayant une ligne de diamètre, les autres ayant plusieurs lignes d'étendue, irrégulières, résultant de plusieurs pustules confluentes. Sur le côté gauche, au contraire, on n'aperçoit qu'avec peine de toutes petites cicatrices, ayant au plus un millimètre de largeur. Sur le bras droit, la place recouverte est beaucoup plus nette que tous les alentours. On n'y aperçoit que de très-légères traces de taches et de squames, tandis qu'aux environs on voit des plaques rouges, des restes de squames et des dépressions superficielles. Sur l'avant-bras gauche, la place recouverte ne se distingue pas sensiblement des parties voisines.

Cette observation prouve 1° que l'application des emplâtres de Vigo *cum mercurio* n'a point d'influence fâcheuse sur la marche de la maladie ; 2° qu'elle n'y introduit point d'accidents étrangers ; 3° qu'elle n'en modifie point la durée générale ; 4° qu'elle exerce une action toute locale sur les pustules qui sont couvertes de l'emplâtre ; 5° que cette

action est d'autant plus marquée que l'emplâtre est appliqué plus près de l'apparition des pustules ; 6° que l'emplâtre fait avorter les pustules, les empêche de s'étendre, par conséquent préserve de la confluence et diminue d'une manière très-notable l'inflammation de la peau interstitielle ; 7° enfin, que l'emplâtre de Vigo jouit d'une efficacité plus marquée que celle qu'on peut reconnaître au simple diachylon, et que ce n'est pas seulement parce qu'il garantit la peau du contact de l'air qu'il se montre utile. Il n'y a pas une de ces conséquences qui ne résulte rigoureusement du fait.

Obs. II. Inutile de nous étendre sur les détails d'une autre observation toute pareille, faite sur une femme affectée aussi de variole, et sur laquelle des expérimentations pareilles furent suivies de résultats tout semblables. Je ne la cite que pour mémoire, et parce qu'en pareille matière, pour être exact, il faut tout dire.

Ces succès m'enhardissent à appliquer enfin l'emplâtre sur toute la figure.

Obs. III. Baie, Véronique, âgée de seize ans, bien constituée, malade depuis trois jours, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 22, le 4 août 1837, avec une éruption qui a commencé dans la journée. Le 5, à la visite, on trouve la figure, le cou, la poitrine, les bras et les membres inférieurs, couverts de petites saillies rouges, plus nombreuses à la face, où quelques-unes commencent même à blanchir au sommet. Le mouvement fébrile est assez prononcé. (On recouvre toute la face d'un masque d'emplâtre de Vigo *cum mercurio.*)

Dans la nuit, la malade agitée et fort indocile, a arraché l'appareil ; mais il est resté çà et là une couche mince et inégale de vigo. On replace de nouveaux emplâtres sur le front et sur les joues. Dans la nuit du 6 au 7, la malade, qui est toujours très-agitée, a un peu de délire ; elle arrache de nouveau ses emplâtres. Pendant tout le temps qui vient de s'écouler, la variole générale a marché régulièrement ; les pustules sous les emplâtres ont seules subi, comme dans les observations précédentes, l'action du vigo. Elles sont infiniment moins développées que les autres. Le 9 août, la jeune malade étant plus tranquille, on applique de nouveaux emplâtres sur les joues. Ceux-ci restent appliqués trois ou quatre jours ; puis tous les symptômes s'amendent, et à compter du 18 août, les croûtes commencent à se détacher ; cette jeune fille se rétablit graduellement et reste encore près d'un mois à l'hôpital, pour se guérir des suites d'un attentat qu'elle avait subi peu de jours avant sa maladie, et qui, s'il n'influa pas sur le développement de la variole, explique, au moins pour moi, l'agitation extrême qui la tourmenta pendant les premiers jours.

La figure examinée avec soin, après la chute complète des croûtes, il a été facile de constater que les parties sur lesquelles l'emplâtre est resté plus longtemps, c'est-à-dire le front et les joues, sont plus nettes évidemment que le reste de la figure. Les taches rouges y sont moins prononcées, et les cicatrices plus petites et moins profondes.

Cette observation me paraît concluante dans le même sens que les deux précédentes. Je regretterais beaucoup l'indocilité de cette malade qui a rendu en quelque sorte le fait incomplet, si je n'avais pas heureusement l'observation suivante, qui, sous le rapport du résultat, ne laisse rien à désirer.

Obs. IV. Mellerot, Annette, âgée de 19 ans, entrée à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 22, le 28 octobre 1837.

Le 29, à la visite, cette fille présente tous les symptômes d'une variole, arrivée à son premier jour d'éruption. (Boissons adoucissantes, application sur toute la face d'un masque fait avec un emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

1er novembre, période de développement. Variole très-confluente, fièvre très-intense, mais sans aucune complication fâcheuse. Du 1 au 10, les pustules sur les membres et sur le corps s'élargissent et se distendent. Le 10 la desquamation commence sur le cou et les avant-bras. Les emplâtres se détachent et la face présente à peine quelques traces de pustules arrêtées dans leur développement. (On remet un nouveau masque semblable au premier.)

Le 15, la desquamation s'est faite sur toute la surface du corps; les pustules ont laissé partout des traces profondes, surtout au cou, aux avant-bras et aux mains. Sous l'emplâtre de Vigo qu'on ôte, nulle trace de pustules à la face, excepté sur la joue gauche où on en peut apercevoir quelques-unes peu avancées, et qui ne tardent pas à disparaître sans laisser d'empreinte appréciable.

A compter du 17 et la malade étant déjà au quart d'aliments, survint un érysipèle de la face, sans cause appréciable. Cet érysipèle parcourt en quatre jours ses périodes, puis guérit par des moyens simples sans que les pustules varioliques se soient développées le moins du monde.

La malade sort parfaitement guérie le 29 novembre. On l'a gardée jusqu'à cette époque pour suivre les traces de la variole. A son départ, on constate qu'elle porte sur tout le corps, et particulièrement au cou et aux mains, des marques nombreuses et profondes de petite vérole; mais sur toutes les parties de la face qui ont été couvertes de l'emplâtre, rien ne peut faire soupçonner qu'elle ait été affectée de cette maladie.

Cette observation plus affirmative encore que les précédentes, soit par la gravité de la maladie, soit par l'étendue sur laquelle le remède a

été appliqué, soit enfin par la réalité frappante du succès, porte avec elle-même ses conclusions.

Encore quelques faits comme ceux que je viens de citer, et notamment comme ce dernier, et il sera constaté pour moi qu'on ne sera plus défiguré par la variole que quand le médecin l'aura bien voulu, puisqu'il suffit pour préserver les malades de cet accident plus grave souvent qu'on le pense ;

1° De reconnaître la variole au début, ce qui est toujours facile ;

2° D'appliquer sur les parties qu'on veut préserver une couche d'emplâtre de Vigo *cum mercurio,* d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, étendu sur une toile dont on taille les compartiments, de manière à bien coller l'emplâtre sur la surface indiquée ;

3° De renouveler cette sorte de masque chaque fois que le malade le détache ;

4° De conserver cet appareil jusqu'au dessèchement des pustules qui ont librement parcouru à l'air toutes leurs périodes.

Les observations que je viens de rapporter suffisent pour rassurer le praticien contre toutes les craintes qu'il pourait concevoir en troublant ainsi la marche de la maladie.

Je me propose de rechercher ultérieurement quels sont dans l'emplâtre de Vigo les éléments véritablement utiles, car je crois qu'il ne faut pas désespérer de trouver enfin une voie plus commode et plus universellement praticable qui conduise au même but. SANDRAS.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RÉFLEXIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE, SUR LA DIVISION DE L'ACCOUCHEMENT MANUEL, EN GENRES ET EN ESPÈCES OU POSITIONS, ET SUR LE CHOIX DE LA MAIN POUR OPÉRER LA VERSION DE L'ENFANT.

La thérapeutique obstétricale a principalement pour objet de porter remède ou secours à la femme en travail, lorsqu'elle ne peut pas accoucher toute seule. Elle découle d'une théorie claire, précise et presque aussi bien démontrée que le plus simple théorème de géométrie ou de mécanique.

Cette théorie repose sur le mécanisme de l'accouchement naturel, dont la connaissance et l'explication sont dues à l'immortel Solayrès de Renhac. Il consiste dans certains mouvements que l'enfant exécute en venant au monde, pour se mettre dans le rapport le plus favorable avec

e bassin de la mère qu'il traverse ; ce rapport est tel que sa tête, ses épaules et ses hanches n'offrent jamais que des dimensions inférieures à celle des détroits pelviens : en d'autres termes plus exacts, des diamètres de trois pouces et demi à des diamètres de quatre pouces et demi ; d'où il suit qu'il y a un pouce d'excès pour la largeur du bassin sur celle de la tête, des épaules et des hanches. Admirable disposition, qui sert à expliquer la facilité, la difficulté et quelquefois l'impossibilité de l'accouchement, selon que le rapport de l'enfant avec le bassin de la mère est dans l'état normal, ou qu'il s'en écarte.

Règle générale : l'accouchement est toujours naturel et facile, 1° quand la femme a le bassin assez large et bien conformé, des forces suffisantes, la matrice parallèle à l'axe du détroit supérieur, et les voies génitales souples et perméables, ou faciles à traverser ; 2° quand l'enfant n'est ni mal situé, ni mal dirigé, ni disproportionné à la largeur du bassin maternel.

D'après cette théorie, si simple et si concise, mais si intelligible et si lumineuse, on est conduit comme par la main, et par force de conséquence, à la thérapeutique obstétricale. Celle-ci détermine les cas qui exigent les secours de l'art, le genre et l'espèce de ces secours, enfin la manière de les administrer.

Les cas qui réclament les secours de l'art sont d'abord, pour la femme, son extrême faiblesse ou l'épuisement de ses forces, l'inertie complète de la matrice, la déviation ou obliquité excessive de cet organe à l'égard de l'entrée du bassin ; enfin une certaine rigidité des voies génitales, de l'orifice utérin, du vagin et de la vulve ; rigidité qui les empêche de livrer passage à l'enfant. Ce sont ensuite, pour l'enfant lui-même, sa mauvaise situation, sa direction anormale, par exemple, quand il est très-oblique ou en travers par rapport à l'axe de la matrice et à celui de l'ouverture du bassin : ce qui peut lui faire présenter quelqu'une des régions du tronc, une épaule, un bras, au lieu de l'une de ses extrémités ; et l'une des faces latérales de la tête, le visage ou l'occiput, au lieu du vertex ou sommet.

On pourrait ajouter à ces causes, du côté de la mère, l'hémorrhagie, les convulsions, la syncope, l'implantation du placenta sur le col utérin ; et, du côté de l'enfant, la sortie prématurée du cordon ombilical, ou de l'un des bras, cas qui exigent aussi la prompte terminaison de l'accouchement.

Nous ne parlons point de la mauvaise conformation de la mère, soit pour les os du bassin, soit pour les voies génitales qui lui sont annexées, ni du volume extraordinaire de l'enfant, ni de sa monstruosité ; ce sont là des cas qui appartiennent à la thérapeutique mécanique ou in-

strumentale, et notre intention n'est de nous occuper ici que de la thérapeutique manuelle en fait d'accouchements.

Cette dernière se réduit à la version et à l'extraction de l'enfant. On ne doit, et on ne peut le retourner que dans la matrice, quand il y est mal situé ou mal dirigé; c'est-à-dire, quand il n'offre pas à l'orifice de cet organe et au détroit supérieur l'une des deux extrémités de la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement ployé pendant la grossesse; quant à l'extraction de l'enfant, on peut la faire avec le forceps, lorsqu'on a ramené la tête à l'entrée du bassin; ou avec la main qui saisit les pieds, les dégage et tire sur eux, lorsqu'ils sont accessibles. Nous ne parlons ici que de l'extraction de l'enfant avec la main, parce que le forceps n'est pas un moyen de thérapeutique manuelle, la seule dont il est ici question.

En général, l'extraction de l'enfant par les pieds n'est absolument nécessaire que lorsque la matrice n'a pas assez de force pour l'expulser. Dans la pratique, on l'opère immédiatement après la version, parce que dans les cas qui exigent qu'on retourne l'enfant, il y a presque toujours urgence de terminer l'accouchement sans délai, ou le plus promptement possible.

Point de traité classique, point de livre élémentaire, point de cours où l'on ne décrive, et où l'on n'enseigne avec exactitude la thérapeutique manuelle ou manœuvre des accouchements. On y expose tous les préceptes relatifs à la situation de la femme, à l'introduction de la main dans la matrice, à la version de l'enfant, au dégagement des membres abdominaux et thoraciques, à la manière de saisir les pieds et de tirer sur eux. On y répète sans cesse que le meilleur moyen d'opérer, sans nuire à la mère ni à l'enfant, est d'observer et d'imiter la nature. On y fait sentir l'utilité, même la nécessité de bien se familiariser avec le mécanisme de l'accouchement naturel, pour bien terminer l'accouchement avec la main. On y compare le praticien privé de cette connaissance préliminaire à un pilote sans boussole, qui voudrait empêcher son vaisseau de se briser contre les écueils. Enfin, pour mieux graver ou inculquer la manœuvre obstétricale dans l'esprit des élèves, on a soin de la simuler sur un mannequin qui représente la matrice, et d'y retourner ou pelotonner, dans tous les sens et dans toutes les positions, une poupée qui représente l'enfant.

Tous ces préceptes, tous ces exercices, cette manœuvre, ce mannequin, cette poupée, sont sans doute fort utiles, puisqu'ils servent à former d'habiles accoucheurs; on les habitue ainsi d'avance à connaître et à vaincre les difficultés de l'art. On évite par là d'en faire d'aveugles

routiniers, puisqu'on leur fait pour ainsi dire apprendre la pratique au flambeau de la théorie.

On ne saurait donc donner trop d'éloges aux écoles, aux livres ou traités élémentaires qui ont consacré cette méthode d'enseignement obstétrical. Mais faut-il approuver la division qu'on y adopte de l'accouchement manuel en une multitude de genres qu'on subdivise encore en une plus grande multitude d'espèces ou de positions? Très-certainement non : à notre avis, ces genres, ces positions ne sont qu'un fatras qui fatigue la mémoire, embrouille la manœuvre, dégoûte les élèves, les fait renoncer aux cours et à la lecture des ouvrages surchargés de ces longues, ennuyeuses, et inutiles répétitions. Encore si ces divisions et subdivisions étaient appuyées sur quelque chose de réel ou de positif; mais on ne les rencontre presque jamais dans la pratique, et le plus grand nombre n'existent que dans l'imagination des professeurs ou des écrivains. Ne faut-il pas en dire autant de cette minutieuse exactitude avec laquelle on prétend déterminer le choix de la main qui doit aller chercher les pieds et retourner l'enfant pour l'extraire?

Mais afin de faire mieux apprécier ces divisions et ces minuties, afin d'en faire bien ressortir l'inutilité et le ridicule, consultons là-dessus l'expérience ou la pratique. Elle répondra par des faits plus décisifs que les plus beaux raisonnements et les plus savantes leçons. Voici donc quelques observations ou histoires d'accouchements manuels dont nous garantissons l'authenticité. Les uns ont été terminés sans aucune difficulté, quoiqu'on ne connût antérieurement ni la situation, ni la position de l'enfant, et quoiqu'on n'eût point choisi la main avec laquelle on devait le retourner et l'extraire; les autres ont présenté tant et de si grands obstacles, qu'il est presque douteux s'il n'aurait pas mieux valu les abandonner aux ressources de la nature que d'en entreprendre la terminaison. On en est cependant venu à bout; mais il a fallu faire comme on pouvait, même négliger les préceptes relatifs à la situation et à la position de l'enfant, ainsi qu'au choix de la main pour manœuvrer. Joint à cela que ces accouchements ont été toujours dangereux, quelquefois funestes pour la mère, souvent sans avantage pour l'enfant, et très-pénibles pour l'accoucheur.

Obs. I. Au mois de juillet 1836, un médecin accoucheur est appelé, dans la rue Vaugirard, auprès d'une dame maigre, nerveuse, assez bien constituée et assez forte. Elle est enceinte pour la cinquième fois, et en mal d'enfant depuis une heure et demie. Un examen attentif du bassin et des voies génitales rassure sur leur bonne conformation, mais laisse des doutes et des inquiétudes sur la situation et la direction de l'enfant. Il ne présente ni la tête, ni l'extrémité opposée; tout semble

indiquer qu'il est placé en travers ou très-obliquement à l'entrée du bassin. On attend. Quand le travail est très-avancé, le col utérin effacé, son orifice largement ouvert et la poche des eaux bien formée, l'accoucheur examine de nouveau et trouve l'enfant encore mal situé. Dès lors il prévient les parents que cette dame ne peut point accoucher naturellement, et qu'il est urgent de lui porter un prompt et utile secours. En conséquence il la place convenablement, insinue sans difficulté une main entre la matrice et les membranes, reconnaît que l'enfant est en travers, arrive le plus haut possible, pénètre dans l'amnios, y rencontre les pieds sous ses doigts, les saisit, les amène à la vulve, et termine l'accouchement presque en un clin d'œil, sans faire aucun mal à la mère ni à l'enfant. Point d'accident consécutif.

Obs. II. Le même praticien est appelé, au mois de septembre 1820, dans la rue Saint-Sauveur, auprès d'une dame âgée d'environ trente-cinq ans, lymphatique et bien constituée, et en souffrance pour accoucher de son quatrième enfant. Il rencontre auprès d'elle un autre accoucheur qui lui raconte ce qui s'est passé, le prie d'examiner la patiente et de donner son avis. Il trouve la matrice dans une complète inertie, son orifice souple et dilaté, la poche des eaux déchirée, et la tête de l'enfant au détroit supérieur, obliquement arcboutée contre le bord interne de la fosse iliaque gauche. Le bassin n'offre aucun vice de conformation. Dans cet état de choses il juge l'accouchement impossible par les seules forces de la nature, à cause de la mauvaise direction de la tête. Il propose de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds au lieu de ramener la tête au centre du détroit supérieur, et d'attendre la terminaison spontanée de l'accouchement. On l'engage à se charger de cette opération, ce qu'il accepte. Introduire une main jusqu'au fond de l'utérus, saisir les pieds de l'enfant, le retourner et l'extraire n'est que l'affaire d'un instant. Point d'accident, ni de suites fâcheuses, tout se passe comme après l'accouchement le plus naturel.

Obs. III. Dans la rue Sainte-Avoie, une dame de vingt-huit ans, sanguine, nerveuse, d'une taille élevée, sent les approches de son troisième accouchement. C'est vers le milieu de novembre 1817. On appelle le même praticien, qui l'examine avec beaucoup d'attention. L'abdomen est large, saillant et arrondi ; l'utérus renferme une grande quantité de liquide où l'on sent ballotter un corps dont on ne peut distinguer encore ni la forme, ni le volume, ni la situation. Plus tard, et après quelques heures d'un travail lent, mais non interrompu, on trouve les voies génitales bien disposées, et on acquiert la certitude que la matrice renferme un enfant dont elle ne peut se débarrasser sans le secours de l'art, parce qu'il se présente en travers, toutes les fois qu'il

se rapproche du détroit supérieur. En conséquence la version de l'enfant est proposée à la mère, qui s'y soumet. Cette opération est exécutée avec la même facilité et le même succès que dans les cas précédents. Il s'écoule une si grande quantité d'eau que le parquet en est inondé. L'enfant jouit de la meilleure santé, et la mère fait ses relevailles comme après un accouchement des plus naturels. Point d'autres maladies dans la suite qu'une fistule à l'anus qui survient trois ou quatre ans après, et dont elle est opérée et guérie par Dupuytren.

Voilà donc trois exemples d'accouchements qui ont été terminés sans difficulté avec la main. Il a suffi de constater que l'utérus était assez souple pour ne point s'opposer à la version de l'enfant, et les voies génitales bien disposées à lui livrer passage. On n'a point eu besoin par conséquent de perdre le temps à chercher quelle en était la position ou la situation, ni de faire choix de la main qui devait terminer l'accouchement. Lorsque l'enfant est libre et mobile dans la matrice, qu'il nage pour ainsi dire dans l'eau de l'amnios, ou que ce liquide ne s'est écoulé que depuis très-peu de temps, ou enfin que la matrice est dans l'inertie, et incapable de revenir sur elle-même, la version de l'enfant est toujours facile, quelle qu'en soit la situation, la direction ou la position, et avec quelque main qu'on manœuvre. L'essentiel alors est de savoir qu'il faut pelotonner l'enfant sur sa face antérieure, et lui faire traverser les détroits du bassin avec le moins de frottement possible. C'est ce qu'on apprend en étudiant le mécanisme de l'accouchement naturel et en s'exerçant à l'imiter sur le mannequin.

Mais il s'en faut bien qu'on trouve la même facilité dans l'état contraire de la matrice, ou lorsque cet organe s'est fortement contracté, resserré et comme moulé sur le corps de l'enfant; c'est ce qui arrive presque toujours quand les eaux de l'amnios se sont écoulées depuis longtemps, surtout quand on a excité, irrité la matrice par d'imprudentes et inutiles manœuvres; alors la main ne peut plus entrer librement dans la cavité utérine, pour aller chercher les pieds de l'enfant; la version est devenue impossible, on présente tant de difficultés qu'on ne peut en venir à bout sans prendre beaucoup de peine, et sans faire courir le plus grand danger à la mère et à l'enfant. On est donc réduit à la dure nécessité de faire ce qu'on peut, et comme on peut. Que deviennent alors les divisions et subdivisions de l'accouchement manuel en genres et en espèces? Que devient aussi le précepte d'introduire la main droite ou la main gauche, suivant la position de l'enfant? On ne distingue dans ces circonstances que l'obstacle qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement, et la difficulté de le surmonter ne peut être appréciée que par les praticiens qui ont mis la main à l'œuvre dans de telles

conjonctures. Les observations suivantes donneront une idée de ce que nous avançons.

Obs. I. L'accoucheur dont nous avons parlé ci-dessus est appelé, en mai 1820, dans la rue des Carmes, pour délivrer une femme primipare, forte, brune, bien conformée, et âgée de trente ans. Elle est en mal d'enfant depuis près de deux jours; les eaux se sont écoulées depuis la veille. On a déjà fait d'inutiles tentatives avec l'une et l'autre main; ce qui n'a pas peu contribué à l'irritation de la matrice et à l'augmentation de la difficulté. Aussi quand l'accoucheur veut essayer de terminer cet accouchement, éprouve-t-il la plus grande résistance. Une saignée et un bain ne produisent aucun relâchement. La main droite est d'abord introduite pour aller chercher les pieds; mais elle est bientôt fatiguée. La main gauche qui la remplace ne réussit pas mieux. Il faut revenir à la première, puis à la seconde. L'opérateur sue à grosses gouttes, la femme crie et s'égosille. Enfin, après de nombreux efforts, après avoir épuisé la contractilité utérine à force de violence, on parvient à extraire l'enfant qui est déjà mort, et la mère n'en est quitte qu'après une métro-péritonite bien aiguë, qui la met à deux doigts de sa perte.

Obs. II. Le même accoucheur est prié, dans le mois de mai 1825, par un de ses confrères, d'aller donner son avis sur l'état d'une épicière, rue Cléry. Cette dame, d'une forte constitution, très-bien conformée, très-grasse, et âgée d'une quarantaine d'années, est en travail depuis plus de trente-six heures, pour accoucher de son premier enfant. L'eau de l'amnios s'est écoulée depuis plus de dix heures. On a essayé plusieurs fois d'introduire la main dans la matrice, tout a été inutile. Le ventre est d'une grosseur extraordinaire, ce qui est dû à l'embonpoint de la femme. On y sent profondément une dureté excessive qu'on ne peut attribuer qu'à la contraction énergique et permanente de la matrice. L'enfant est situé parallèlement à l'axe du détroit supérieur, mais sa tête répond à la fosse iliaque droite. Le cas ne paraît pas facile, il s'en faut bien. Cependant on met la main à l'œuvre, après une saignée du bras et un bain émollient. Mais que d'efforts à faire! que d'obstacles à vaincre! Que de fois l'une et l'autre main ne sont-elles pas introduites alternativement dans la matrice, avant de saisir les pieds pour retourner l'enfant et l'extraire! C'est un accouchement des plus laborieux : l'enfant est privé de la vie, la femme succombe peu de temps après, et l'opérateur gagne une courbature qui le tient un ou deux jours au lit.

Obs. III. Au mois de février 1835, une vigoureuse blanchisseuse de la place Maubert, âgée de vingt-huit ans, souffre depuis la veille pour mettre au monde son premier enfant. La sage-femme qui l'assiste

croit trouver un des bras de l'enfant à l'entrée du bassin. Pour mieux s'en assurer, elle rompt la poche des eaux, et fait quelques tentatives pour terminer l'accouchement. Obligée d'y renoncer, elle fait appeler un accoucheur qui tire sur le bras de l'enfant sans pouvoir réussir. On en appelle un autre qui examine soigneusement l'état des choses, et exige qu'on aille chercher deux de ses confrères plus versés que lui dans la pratique des accouchements. Ils arrivent et jugent que le cas est des plus difficiles, tant à cause de la violente et longue contraction de la matrice sur l'enfant, qu'à cause des manœuvres antérieures qui n'ont fait qu'augmenter la difficulté. Cependant, après avoir mis la femme dans un bain, l'un d'eux commence l'opération; mais bientôt il est obligé de changer de mains et ensuite de se reposer. Il recommence encore et introduit tour à tour l'une et l'autre main dans la matrice. Tous ses efforts sont inutiles. Enfin, après trois ou quatre reprises, pendant que cet opérateur harassé, n'en pouvant plus, reprend haleine, on entend dans le ventre de la femme un gargouillement, qui est suivi de la chute d'une masse volumineuse sur le carreau. On accourt, c'est l'enfant avec ses dépendances qui est tombé de la matrice, parce que cet organe, épuisé par de rudes manœuvres, n'a plus eu la force de le retenir; il est privé de vie, et quelques instants après la mère n'est plus.

Voilà donc encore des observations qui n'ont pas besoin de longs commentaires, et qui parlent assez haut contre la stérile ou inutile division et subdivision de l'accouchement manuel en genres et en espèces, et contre le ridicule précepte de choisir la main qui doit agir dans chaque cas particulier. Qu'importe, en effet, que l'enfant présente la tête ou les fesses, la gorge ou la nuque, le sternum ou le dos, l'abdomen ou les lombes, le côté droit ou le côté gauche? qu'importe d'opérer avec l'une ou l'autre main, lorsque la matrice, fortement revenue sur elle-même et collée sur l'enfant, ne permet pas seulement l'introduction du petit doigt? L'essentiel serait alors de relâcher les parois de cet organe et de les mettre momentanément dans l'état d'inertie, pour les empêcher de s'opposer à la version et à l'extraction de l'enfant. Mais le moyen de remplir cette indication sans nuire aux deux individus dont la conservation est le but qu'on se propose? Quoi qu'il en soit, d'après les difficultés quelquefois insurmontables que l'accouchement manuel présente, faut-il s'étonner si, après avoir bien peiné, bien sué, pour le terminer, on est souvent peu satisfait du succès qu'on obtient?

En résumé et en deux mots, nous pensons que c'est perdre le temps de s'appesantir, comme on le fait dans les cours et dans les livres élémentaires, sur la division et subdivision de l'accouchement manuel en genres et en espèces ou positions, et sur le choix de la main qu'on doit

préférer à l'autre. De deux choses l'une : ou l'on est appelé lorsque la matrice n'offre que peu ou point de résistance, ou bien lorsque la contraction de cet organe est invincible. Dans le premier cas, la terminaison est des plus faciles dans toutes les situations, dans toutes les positions de l'enfant, et avec l'une ou l'autre main indistinctement. Dans le second cas, la connaissance de la situation et de la position de l'enfant, ainsi que le choix de la main, sont inutiles, puisqu'on est réduit à la dure nécessité de terminer l'accouchement comme on peut et non comme on veut.

Qu'on admire donc maintenant, tant qu'on voudra, les traités d'accouchements, où l'on croit rendre service aux praticiens et aux élèves en joignant au texte les plus belles planches, les plus belles gravures. Ce serait à merveille si l'on n'y représentait pas beaucoup plus de genres et d'espèces d'accouchements manuels qu'on n'en a jamais observé, et qu'on n'en observera peut-être à l'avenir. Mais quel bien, quel avantage peut-on retirer en pratique de ces sortes de magasins pittoresques? Les réflexions précédentes peuvent servir de réponse à cette question. CAPURON.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR LES FARINES DE MOUTARDE DU COMMERCE, PAR M. GUIBOURT.

Jusqu'à l'époque de 1815, une seule farine de moutarde était usitée en France, c'était celle du *sinapis nigra*. On la préparait à l'aide d'un moulin ou d'un mortier, et on la passait sans résidu à travers un tamis un peu lâche. Telle est encore la manière dont on obtient aujourd'hui la farine de moutarde *grise*, qui offre dans sa couleur un mélange du jaune verdâtre de l'amande avec le rouge brunâtre du spermoderme.

Mais en 1815 les Anglais apportèrent avec eux l'habitude de se servir d'une farine de moutarde finement pulvérisée et d'une belle couleur jaune; ce qui engagea quelques pharmaciens à tirer cette farine d'Angleterre, tandis que les autres, trompés par la couleur, la préparèrent ou la firent préparer avec la graine du *sinapis alba*. Depuis ce moment on a trouvé dans le commerce deux farines de moutarde · une *grise*, extraite du *sinapis nigra*; une *jaune*, provenant du *sinapis alba*.

Or, cette farine de moutarde *jaune* est tellement inférieure à la *grise* pour la quantité d'huile âcre qu'elle forme au contact de l'eau, et pour

la propriété rubéfiante, que les professeurs de l'École de pharmacie, dans leurs visites annuelles chez les pharmaciens, herboristes et épiciers, les engagent toujours à ne pas tenir de farine jaune, et à ne vendre, pour les malades, que la farine grise extraite du *sinapis nigra.*

Cependant, voyant toujours quelques personnes demander avec insistance de la farine de moutarde jaune anglaise, et m'étant convaincu moi-même de la qualité éminemment rubéfiante de cette farine, je conjecturai qu'elle ne devait pas provenir du *sinapis alba*, et qu'elle était plutôt tirée du *sinapis nigra*, par un procédé mécanique particulier qui séparait le spermoderme de l'amande. Alors, en effet, se trouvait expliquée la belle couleur jaune de la farine anglaise, et son âcreté supérieure même à celle de notre farine grise, puisqu'elle se trouvait privée de l'enveloppe de la graine, qui est inerte, et réduite à l'amande, dans laquelle réside tout le principe de l'âcreté.

Quelques essais comparatifs m'ont prouvé la justesse de cette prévision.

1° La farine anglaise délayée dans l'eau et distillée fournit une grande quantité d'huile âcre caustique; la farine jaune extraite en France du *sinapis alba* n'en produit pas;

2° La farine anglaise délayée dans l'eau et abandonnée à elle-même conserve son odeur forte et sa saveur brûlante pendant plusieurs jours et sans se putréfier. Ainsi le fait la farine du *sinapis nigra.*

La farine jaune française délayée dans l'eau exhale, au bout de vingt-quatre heures, une forte odeur hépatique.

La même différence a lieu dans le vin.

Ainsi, il m'était déjà prouvé par ces essais que la farine de moutarde anglaise provenait du *sinapis nigra* ; mais avant de le publier, j'ai désiré m'en assurer auprès de M. J. Pereira, professeur de matière médicale à Londres. Voici ce qu'il m'a répondu :

« Vous me demandez quelle espèce de *sinapis* produit la fleur de moutarde anglaise : principalement le *sinapis nigra ;* mais le *sinapis alba* est quelquefois employé.

» La méthode usitée pour fabriquer la *fleur* ou la *farine de moutarde* est celle ci : la semence du *sinapis nigra* est écrasée d'abord entre des rouleaux, puis réduite en poudre dans un mortier; la poudre est criblée; la partie qui ne passe pas à travers le crible est appelée *robe* ou *criblures* n° 1; celle qui a passé par le crible, nommée *fleur de moutarde impure,* est criblée de nouveau (nécessairement à travers un crible ou un tamis plus fin). Elle fournit alors la *fleur de moutarde pure*, qui passe à travers le crible, et un second résidu, restant dessus, qui porte le nom de *secondes criblures.* Comme ces criblures, sur-

tout les dernières, renferment une quantité notable d'amande, on les soumet à la presse, et on obtient une huile qui sert à falsifier celle de navette et d'autres semblables. Le tourteau sert à fumer la terre.

» Dans le but de fournir un article bon marché pour les pauvres, la farine de moutarde est très-souvent sophistiquée : on emploie la farine de blé pour l'étendre, le curcuma pour lui donner de la couleur, et le piment (*capiscum*) pour lui communiquer de l'âcreté. Je soupçonne qu'une grande partie de la moutarde anglaise vendue à Paris est altérée.»

M. Pereira a bien voulu joindre à sa lettre un envoi des semences du *sinapis nigra*, des criblures n°s 1 et 2, de l'huile exprimée de moutarde, et de la farine jaune, qui ne laissent aucun doute sur l'origine de celle-ci, lorsqu'elle est de bonne qualité. Ainsi, à l'avenir, les professeurs des Écoles et les membres des jurys médicaux, chargés de visiter les pharmacies, herboristeries et épiceries, n'auront plus à défendre purement et simplement l'emploi de la farine de moutarde jaune, puisque cette farine, extraite du *sinapis nigra*, est la plus forte que l'on puisse préparer, et doit être au contraire recommandée par l'usage médical. Ils devront proscrire seulement la farine jaune du *sinapis alba*, qui, indépendamment de sa faible qualité naturelle, est encore très-souvent falsifiée avec différentes farines de légumineuses, du curcuma ou de l'ocre jaune, du *capsicum*, etc. Il est d'ailleurs facile de reconnaître ces deux farines à la manière dont elles se conduisent avec l'eau. Ajoutons qu'aucune farine de moutarde ne doit prendre aucune teinte bleuâtre ou noirâtre par l'iode, cette couleur étant un indice du mélange d'une substance amylacée.

La semence du *sinapis alba* ne sert jamais à faire de la moutarde de table : elle empâte tellement par son mucilage la machine à broyer, qu'elle en rend le mouvement presque impossible; et n'eût-elle pas cet inconvénient, la propriété qu'elle a de prendre en peu de jours une odeur de foie de soufre la rend tout à fait impropre à cet usage. C'est d'ailleurs à la moutarde noire que se rapportent les variétés du commerce d'Allemagne ou d'Alsace, de Picardie et de Flandre.

SUR QUELQUES CAUSTIQUES, PAR M. BÉRAL.

Indépendamment du feu ou du calorique concentré, qui occupe le premier rang parmi les caustiques, et que la chirurgie a coutume d'appliquer, tantôt en faisant usage du fer rouge, tantôt au moyen du moxa, et quelquefois enfin par l'emploi de l'eau bouillante, il existe un certain nombre de substances médicamenteuses qui, mises en contact avec les tissus de l'économie animale, les irritent violemment et les désor-

ganisent. Les plus actives de ces substances ont été nommées *escarrotiques*, parce qu'elles agissent profondément et forment des escarres variées, dont la forme, la couleur et la consistance sont en rapport avec la composition du caustique qui a été employé pour les obtenir. Il en existe d'autres qui ont une action plus faible, qui n'agissent que très-superficiellement, et qui sont connues sous le nom de *cathérétiques*. Enfin on appelle *phagédéniques* certains médicaments spécialement destinés à faire disparaître les chairs fongueuses ou baveuses, et qui ne sont que des caustiques fort équivoques ; car ils répriment plutôt qu'ils ne détruisent réellement les tissus sur lesquels on les applique. Certains corps agissent comme caustiques ou cathérétiques, selon la volonté de celui qui s'en sert et la manière dont il en fait usage.

La préparation des caustiques exige de la part du pharmacien beaucoup de soin et d'exactitude, et leur emploi réclame de la part du chirurgien, outre une grande habitude, une connaissance parfaite des organes sous-jacents auxquels il serait dangereux et mortel de porter la plus légère atteinte.

Nous allons exposer les formules de quelques nouveaux caustiques, et employer, pour les désigner, les noms qui nous ont paru les plus propres à les faire distinguer les uns des autres.

Pâtes escarrotiques du docteur Canquoin.

PATES...	N° 1 ou à 1/3	Chlorure de zinc	1 once.
		Farine de froment	2 onces.
		Eau distillée	50 gouttes.
	N° 2 ou à 1/4	Chlorure de zinc	1 once.
		Farine de froment	3 onces.
		Eau distillée	45 gouttes.
	N° 3 ou à 1/5	Chlorure de zinc	1 once.
		Farine de froment	4 onces.
		Eau distillée	60 gouttes.
	N° 4 ou à 1/6	Chlorure de zinc	1 once.
		Farine de froment	5 onces.
		Eau distillée	75 gouttes.

On commencera, dit M. Canquoin, par réduire le chlorure en poudre très-fine ; on le mélangera immédiatement, sur une table, avec les proportions de farine indiquées ; ensuite on divisera le mélange en deux parties à peu près égales ; on opérera aussitôt sur l'une d'elles, en y ajoutant trente gouttes d'eau par once de chlorure employé ; on triturera peu à peu avec une spatule, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une pâte homogène, de consistance de miel, que l'on rendra ensuite plus compacte en y incorporant peu à peu le reste du mélange de farine et de

chlorure de zinc mis en réserve. On aura alors une pâte très-consistante, que l'on malaxera pendant quelques instants, et que l'on réduira, à l'aide d'un rouleau, en feuillets d'une demi-ligne à quatre lignes d'épaisseur.

La quantité d'eau devra être augmentée proportionnellement aux quantités de farine employées dans les autres préparations.

Pâte N° 1.

De 1/2 ligne d'épaisseur produit une escarre de 1 ligne en 24 heures.
De 1 ligne d'épaisseur produit une escarre de 3 lignes en 24 heures.
De 2 lignes d'épaisseur produit une escarre de 6 lignes en 48 heures.
De 3 lignes d'épaisseur produit une escarre de 12 lignes en 72 heures.
De 4 lignes d'épaisseur produit une escarre de 18 lignes en 96 heures.

Ces résultats se manifestent ainsi, seulement sur des tissus très-sensibles et dont la consistance ne s'éloigne pas beaucoup de l'état normal; mais sur les dégénérescences lardacées et presque fibro-cartilagineuses, les escarres ont à peu près un tiers de moins en épaisseur.

On fait usage de la pâte n° 2 sur les ulcérations carcinomateuses, sur les cancers très-douloureux et qui ont peu d'épaisseur.

On emploie la pâte n° 3 sur toute espèce d'affections cancéreuses, chez les personnes extrêmement nerveuses qui redoutent une violente douleur.

Ces préparations étant appliquées sur une partie dénudée, excitent, au bout de quelques minutes, une chaleur douloureuse, qui va progressivement jusqu'à la sensation d'une brûlure vive.

L'escarre produite par ces pâtes tombe du huitième au douzième jour; elle est blanche, très-dure et épaisse.

Pâte antimoniale du docteur Canquoin.

Pr. : Chlorure d'antimoine............	1 once.
Chlorure de zinc.......	2 onces.
Farine de froment.................	5 onces.
Total............	8 onces.
Eau distillée......................	2 scrupules.

Pour une pâte que l'on conserve en magdaléons.

Cette pâte n'est employée que pour attaquer les tumeurs cancéreuses épaisses, inégales à leur surface, qui ne peuvent être détruites que par un caustique doué d'une action puissante, et qui, en raison même de leur épaisseur et de leur situation au milieu de régions charnues, exigent l'application d'une couche suffisamment épaisse de pâte escarrotique

On se sert des préparations précédentes du docteur Canquoin, princi-

palement lorsqu'il convient de produire des escarres profondes ; mais c'est un moyen très-douloureux.

Poudre escarrotique de Vienne.

Pr. : Potasse caustique...................... 4 gros.
Chaux vive en poudre fine............. 4 gros.

Broyez la potasse dans un mortier de fer chauffé, pour la réduire en poudre ; ajoutez-y la chaux, et mêlez exactement ; renfermez de suite dans un flacon bouché à l'émeri.

On se sert de ce caustique pour établir des cautères. A cet effet, on délaie une petite quantité de poudre avec de l'alcool, de manière à obtenir une pâte liquide que l'on place sur la peau, et que l'on y maintient à l'aide de deux emplâtres convenablement disposés, et dont l'un doit être percé d'un trou proportionné à l'étendue de la cautérisation que l'on veut obtenir.

Cet escarrotique produit son effet en trente minutes ; on le préfère à la pommade caustique, parce que la chaux retenant la potasse, celle-ci ne peut agir que sur une surface circonscrite.

Pâte escarrotique de Londres.

Pr. : Potasse liquide...................... 4 onces.
Chaux vive préalablement éteinte .... 4 onces.

Versez la potasse dans un mortier de fer, et ajoutez-y autant de chaux nouvellement éteinte et en poudre qu'il en faudra pour former une masse pâteuse, que l'on gardera dans un flacon à ouverture large et garnie d'un bouchon de verre.

L'addition de la chaux rend ce caustique moins sujet à la déliquescence, et d'un usage plus facile que la potasse fondue. Comme il contient plus de chaux que la poudre caustique de Vienne, il est moins actif dans ses effets.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR LA CAUTÉRISATION DANS LES AMYGDALITES.

Guérir ses malades le plus promptement et avec le moins de dépense possible, est un précepte pour tous les médecins, et particulièrement pour le médecin de campagne. Heureux quand des vues aussi utiles peuvent être remplies !

L'angine tonsillaire est très-commune dans nos contrées pendant la

saison pluvieuse ; elle a sévi cette année sur un grand nombre d'habitants de notre canton. Les enfants surtout en ont été atteints.

Au lieu de traiter ces amygdalites, comme j'en avais l'habitude, par une ou plusieurs applications de sangsues à la gorge, ce qui était coûteux et entraînait plusieurs jours de maladie, j'ai eu l'heureuse idée de soumettre mes malades à la cautérisation avec le nitrate d'argent, et mes succès ont été rapides et constants. On ne saurait se persuader avec quelle promptitude ces angines disparaissent sous l'influence de ce moyen. Une cautérisation suffit pour en arrêter la marche ; deux, trois au plus la font disparaître complétement. Je pourrais citer plusieurs observations à l'appui de ce que j'avance : je me bornerai à rapporter les suivantes.

Le 25 octobre 1837, je fus appelé au village de Boutavent, situé à une lieue de Montmirail, pour donner mes soins à la nommée Spément, femme âgée de quarante-deux ans, et atteinte depuis cinq jours d'une angine tonsillaire. Les amygdales et le voile du palais étaient rouges et gonflés, et la déglutition était difficile. Je promenai la pierre infernale sur ces parties à deux reprises différentes : une salivation abondante s'établit, et je sus que le lendemain tous les principaux symptômes avaient considérablement diminué, et cessé deux jours après.

Précédemment, les 16 et 17 octobre 1837, les femmes Maurice et Dégateaux, de Montmirail, avaient réclamé mes soins pour des angines tonsillaires assez intenses, surtout celle de la première malade. Je cautérisai une seule fois la jeune Dégateaux et deux fois la femme Maurice, et j'obtins le plus prompt succès.

Le cas qui m'a le plus frappé est celui du jeune Jacqueret, atteint à Paris depuis quelques jours d'un léger mal à la gorge. Il partit malgré son indisposition et arriva le 1er novembre 1837, à Montmirail. Le mal avait fait des progrès ; les amygdales étaient gonflées et douloureuses, le malade ne pouvait opérer aucun mouvement de déglutition, il vomissait tout ce qu'il prenait et il ne respirait que par les fosses nasales. Le 2 novembre, je portai à deux reprises différentes mon porte-caustique sur les amygdales, et les cautérisai l'une et l'autre dans toute leur étendue. Le malade saliva beaucoup et eut une expuition abondante des matières albumineuses qui couvraient les tonsilles. Le lendemain, je fus fort étonné d'apprendre que le soir même du jour de la cautérisation il avait pu manger de la soupe. J'examinai l'arrière-bouche, et je n'aperçus plus cette couche plastique qui recouvrait les amygdales : celles-ci étaient encore rouges, mais avaient déjà beaucoup perdu de leur volume. Je ne jugeai pas une nouvelle cautérisation nécessaire ; le 4, le malade était guéri.

Dans ces observations, comme dans celles des malades que j'ai eu occasion de soigner, l'effet principal du caustique a été de donner lieu à une salivation ou à une exspuition plus ou moins abondante de matières albumineuses, à la suite desquelles le malade se trouve soulagé. Il semble ici qu'il s'opère un dégorgement de la part des glandes. Est-ce à ce dégorgement, est-ce à l'action astringente et caustique du nitrate d'argent sur la muqueuse, et à la perturbation du mouvement inflammatoire qui existe dans ces cas, que doit être attribuée la guérison? Tout médecin peut scientifiquement expliquer à sa volonté le mode d'action du médicament, mais il perd de vue l'explication au lit des malades, lorsque, praticien, il compte sur le résultat du moyen qu'il emploie, et qu'il guérit.

Du reste, la cautérisation dans les amygdalites n'est point chose nouvelle ; elle a été conseillée par beaucoup d'autres praticiens. En rapportant mes faits je ne veux qu'encourager tous ceux de mes confrères qui voudraient y recourir.

PALAIS, D.-M.
à Montmirail (Marne).

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ pratique des maladies des organes génito-urinaires, par le docteur Civiale. (Première partie ; maladie de l'urètre.)

Nous avons déjà extrait de cette excellente monographie, et communiqué à nos lecteurs un chapitre relatif au traitement des coarctations organiques de l'urètre ; on a pu ainsi déjà apprécier le premier volume de cet ouvrage, que nous signalons de nouveau à l'attention des gens de l'art. Un travail du genre de celui qu'a entrepris M. Civiale ne pouvait être que favorablement accueilli de tous les praticiens. Ayant fait des maladies de l'appareil génito-urinaire un objet d'études spéciales, constantes et assidues, depuis de longues années ; riche de matériaux nombreux, d'observations intéressantes, fournies par une clientèle étendue et par un service dans un hôpital consacré au traitement de l'affection calculeuse, M. Civiale a su utiliser sa position, en dirigeant ses travaux vers les progrès de la science et de l'art, déjà enrichis par lui d'une des plus belles découvertes de la chirurgie moderne. La lithotritie a non-seulement renversé les dangereux procédés employés jusqu'alors dans le traitement des calculs vésicaux, mais elle a fourni aussi des moyens d'exploration plus précis ; elle a permis de mieux observer certaines affections génito-urinaires encore mal connues ; elle a, en un

mot, opéré une véritable révolution dans l'une des branches les plus importantes de la pathologie.

En publiant le fruit de sa longue expérience sur ces graves maladies, qu'il a été à portée de voir sous leurs formes les plus variées, doué d'ailleurs des qualités qui constituent un observateur scrupuleux, attentif, exact et consciencieux, l'auteur a rendu un véritable service aux gens de l'art, n'ayant d'antre guide que le traité des maladies des voies urinaires de Chopart, copié ou commenté par presque tous les auteurs qui l'ont suivi. Ce traité est certes un ouvrage fort estimable, mais il n'est plus au niveau de la science.

Les rétrécissements organiques de l'urètre sont l'origine de la plupart des affections, en général graves et assez mal connues, auxquelles sont sujets les organes génito-urinaires. A ce titre, les coarctations urétrales méritaient la large place que leur a consacrée M. Civiale dans le premier volume de sa nouvelle publication. A l'histoire des coarctations urétrales, qu'il a tracée sans y laisser rien à désirer, se rattache celle non moins importante des nombreux accidents et des lésions consécutives que déterminent ces redoutables affections négligées ou mal traitées. Les diverses espèces d'abcès urineux, les fistules, les fausses routes, composent surtout la série de ces désordres accidentels et secondaires, toujours formidables. Ils ont donné lieu à des considérations neuves et intéressantes, propres à diriger les chirurgiens dans l'emploi des moyens curatifs. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, M. Civiale s'éloigne de la routine trop généralement suivie. Si nous n'étions retenus dans les limites étroites qui nous sont tracées par ce recueil, nous donnerions quelques détails sur cette partie intéressante d'un ouvrage qui se recommande à tant de titres aux méditations des praticiens. Ce livre n'est point, comme beaucoup de productions de nos jours, une exposition plus ou moins fidèle des idées d'autrui, habillées à la moderne; l'auteur, en prenant constamment pour guide l'observation clinique la plus rigoureuse, a ainsi imprimé à son œuvre un cachet d'originalité propre à lui assurer un succès mérité. De pareils ouvrages marquent leur passage dans la science et y figurent comme un monument durable des progrès de l'art.

TRAITÉ de l'Ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose, par M. J. Sichel; 1 vol. in-8.

Ce n'est pas chose facile que de rendre compte de l'ouvrage d'un compétiteur, quand ce compétiteur vous a assez mal placé dans son travail; mais il est des hommes qui ne reculent jamais devant la manifestation de leurs opinions; j'aime à prouver que je suis de ce nombre.

En raison de son origine, doué d'une faculté polyglotte, habitué à voir, soit dans sa clientèle privée, soit dans ses consultations publiques, un grand nombre de malades, M. Sichel était admirablement placé pour écrire les trois monographies qui forment son travail. Celui-ci depuis longtemps promis, et depuis longtemps élaboré, doit-il être considéré comme l'expression de ses opinions personnelles, ou de celles des ophthalmologistes allemands ses maîtres? Cette réponse est toute faite pour ceux qui ont suivi avec soin la classification des ophthalmies à partir de Reil et Schmidt, pour arriver à Walther et à Jüngken, et à Carl Warneck. Ces auteurs, comme on le sait, basaient le diagnostic différentiel des ophthalmies sur les caractères anatomiques qu'elles offraient. Ce sont ces signes que M. Sichel a élaborés, commentés avec plus de soin, et dont il a fait un tableau synoptique très-vrai quant aux signes visibles, mais plus contesté sur leurs valeurs représentatives. Loin de moi cependant l'idée de faire croire que ce livre ne contient pas des idées neuves appartenant à l'auteur.

Je n'ai jamais pu croire que M. Sichel eût voulu s'approprier une classification de symptômes, que l'on trouve plus ou moins développée dans Warneck, Jüngken, Fischer, Wydra, Froriep et Makensie: il a pensé seulement qu'il écrivait pour des Allemands qui connaissaient toutes ces choses, et non pour les Français, qui, en général, ne savent pas trop ce que l'on fait chez leurs voisins.

Observateur attentif et judicieux, M. Sichel a excellé dans la symptomatologie objective de son livre, et on aime à le suivre dans le traitement énergique, quoique un peu polypharmaque, qu'il dirige contre des affections graves de l'œil: méthode que devraient suivre tant de personnes qui compromettent tant d'yeux par des demi-mesures, ou par une méthode expectative funeste. Son livre sera donc lu avec fruit par les praticiens.

Les mêmes éloges sont dus au traitement dirigé contre l'amaurose, affection variée et complexe, dont nous sommes loin cependant d'admettre le dédale de classification. Cette partie du livre portera ses fruits, car elle ramènera dans la véritable voie le traitement d'une maladie presque toujours livrée à un empirisme aveugle. Mais je ne terminerai pas cet article sans faire à M. Sichel un grave reproche: c'est d'avoir été injuste envers les ophthalmologistes français, déprimant pour ses compétiteurs, partial pour ses confrères d'outre Rhin, enfin peu généreux pour ses amis; car, il faut le dire, il n'a cité aucun des travaux si intéressants de son ami Carestait, et dont plusieurs cependant se rattachaient au sujet que M. Sichel a traité, et qui jouissent en Allemagne d'une haute considération.

Si M. Sichel se récriait contre ces quatre accusations, je m'engage à le mettre en demeure à ce sujet, et à laisser la conscience nette aux lecteurs de cette analyse. Ce sera au besoin le sujet d'une nouvelle publication. D. CARRON DU VILLARDS.

TRAITÉ des Études médicales, par E. Fréd. Dubois (d'Amiens); un vol. in-8.

Un traité des *Etudes médicales* comprend un vaste cadre, qu'il est certainement difficile à une seule intelligence d'embrasser complétement dans son ensemble. M. Dubois semble encore l'avoir élargi. Il ne prend point l'élève seulement à l'époque où il vient s'inscrire dans nos facultés; il débute par des considérations préliminaires sur l'enseignement en général, sur le mode d'éducation première nécessaire aux médecins, et sur l'utilité des langues anciennes. Il fait une histoire systématique des sciences et s'occupe de la classification des connaissances humaines. Puis abordant les sciences physiques et naturelles, qu'il passe tour à tour en revue, il arrive enfin à l'anthropologie, et entre méthodiquement dans son sujet. Il traite alors successivement des auteurs qui ont écrit sur l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie médico-chirurgicale, la pharmacologie, la médecine légale et opératoire, etc. Il parle surtout des ouvrages les plus estimés, mais ce n'est point sous le rapport de leur valeur intrinsèque qu'il les considère; il juge en eux le plan et la méthode, et recherche spécialement l'esprit d'ordre qui a dirigé l'écrivain. Il s'occupe moins peut-être du fond et de l'exécution partielle, que de la forme et de l'idée générale qui y préside. C'est donc surtout un traité de Méthodologie qu'on trouvera dans le livre de M. Dubois d'Amiens, et, sous ce rapport, il pourra être utile pour servir de guide à l'élève et au médecin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Épilepsie saturnine. — Hypertrophie du cerveau. — Les faits remarquables propres à établir des lois pathologiques ou thérapeutiques ne sauraient être trop rappelés. L'action du plomb sur le cerveau avait été méconnue jusqu'à ces derniers temps; nous avons des premiers appelé l'attention des médecins sur la conséquence la plus grave des émanations saturnines, qui ne se bornent point, comme on l'avait cru, à porter leur effet sur les nerfs de la vie organique, en produisant la colique des peintres, ou sur les nerfs de la vie de relation, en ame-

nant les paralysies des membres; la masse encéphalique elle-même reçoit aussi l'influence délétère du plomb, et alors des accidents d'un autre ordre se développent. Nous ne nous arrêterons pas pour le moment aux phénomènes présentés dans ces cas par les malades. Les divers états pathologiques résultant de l'influence saturnine sur le cerveau ont reçu d'un de nos confrères, M. Tauquerel Desplanches, une dénomination générale que nous approuvons; il en a fait une classe d'affections à part qu'il a appelées *encéphalopathies saturnines*.

Pour nous borner à l'objet spécial qui nous occupe, l'épilepsie saturnine, y a-t-il rien de plus extraordinaire, rien de plus saisissant que le spectacle d'un homme jeune et vigoureux qui, pris de convulsions épileptiformes plus ou moins fortes, lesquelles disparaissent et font place à un état de santé en apparence parfait, est, par cela même que ces convulsions ont une cause saturnine, voué sous peu de jours à une mort presque certaine. Et qu'on ne s'appuie pas sur quelques exemples où cette terminaison n'a pas eu lieu; la mort est ici tellement la règle et la guérison l'exception, que ceux-là même qui ont observé les faits contradictoires à ceux que nous avons rapportés établissent leur pronostic sur cette chance funeste. Nous engageons le lecteur à revoir ce que nous avons dit sur cette matière, tom. VI, p. 257; VII, 338; XI, 359. — Voici du reste un fait qui a tout le mérite de l'actualité et qui réveillera l'intérêt du lecteur.

Le 6 ou le 7 de ce mois, a été apporté à l'hôpital Beaujon, un ouvrier en céruse, âgé de trente-six ans, fort et bien constitué. Cet homme avait eu plusieurs coliques de plomb, mais jamais aucun autre accident saturnin. La veille ou l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, il avait été pris de convulsions épileptiformes qui s'étaient reproduites à d'assez courts intervalles. Il fut couché au n. 34 de la salle Saint-Jean. Il était dans un état comateux profond, et de temps en temps ses membres et les muscles de sa face étaient agités par de faibles mouvements convulsifs rapides comme s'ils eussent été touchés par les fils d'une pile galvanique. Le médecin de la salle, M. Martin Solon, éclairé par un assez grand nombre de cas pareils, observés par lui depuis trois ans, pronostiqua la mort malgré que le pouls fût excellent et sans fréquence, et que le second et le troisième jour il y eût une amélioration notable par l'emploi de la glace sur la tête, des lavements purgatifs énergiques, d'un vésicatoire à la nuque et de l'administration de l'extrait de valériane de un à trois gros dans les vingt-quatre heures.

Le quatrième jour, l'état du malade était tout à fait satisfaisant, et il eût été considéré comme guéri, si ce n'eût été la cause de la maladie et l'expérience du passé. En effet, les accidents convulsifs avaient entière-

ment disparu, l'intégrité des facultés cérébrales rétablies, la peau était fraîche, la langue belle, le *facies* excellent et le malade demandait à manger. Tout traitement fut cessé, même l'application de la glace sur la tête, que le sujet ne voulait plus supporter. Dans la soirée de ce jour même les accidents épileptiques se déclarèrent de nouveau, ils continuèrent dans la nuit avec de rapides secousses, et le malade mourut dans la matinée du lendemain.

Y a-t-il rien de plus spontané, de plus spécial que cette mort? — A l'ouverture du cadavre, M. Martin Solon a trouvé l'hypertrophie du cerveau telle que nous l'avons décrite; il a seulement signalé une teinte jaune superficielle à l'extérieur des meninges, que nous n'avions pas vue. Ce cerveau a été présenté par lui à l'Académie de médecine; tous les membres ont pu s'assurer de la réalité de la lésion.

VARIÉTÉS.

— *Organisation médicale.* — La session est ouverte, et l'on va présenter de nombreux projets de lois. Celui qui concerne la nouvelle organisation de l'enseignement et de l'exercice de notre art sera-t-il du nombre? Voilà ce que tous les médecins se demandent avec empressement et même avec une sorte d'anxiété. D'une part, il y a si longtemps que cette loi nouvelle est attendue et promise, de l'autre, les abus sont si multipliés, si odieux, si criants, qu'il y a véritablement urgence. Quel sera ce projet? sur quoi reposent ses principales bases? On l'ignore, et on fait à cet égard une sorte de mystère qui ne présage rien de bon. Il y en a qui prétendent que la réforme des institutions sera profonde et radicale; que ce sera une véritable restauration de la raison et du bon sens en médecine; d'autres assurent que cette réorganisation sera tout à fait superficielle, qu'en un mot ce sera l'accouchement de la montagne, une pauvre et misérable souris, après dix ans de parturition. Nous verrons toujours que quand il s'agit de faire le bien franchement et hardiment, de froisser des intérêts particuliers contraires à l'ordre et au véritable esprit des institutions, de renverser des abus qui ont des racines d'or, rien n'est plus difficile, plus embarrassant et plus ardu; or, rien n'est plus rare à cette époque, et croyez au progrès.

FIN DU TREIZIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU TREIZIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

